

ZBORNIK

sažetaka

hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju

Zagreb, prosinca 2000.

I . HRVATSKI KONGRES O SUICIDALNOM PONAŠANJU
Zagreb, KB Dubrava, Avenija Gojka Šuška 6

Organizatori:

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Nacionalni centar za psihotraumu
Hrvatski liječnički zbor –
Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju
Centar za krizne situacije (NGO)

Nakladnik

Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu

Za nakladnika

Prof. dr. sc. Vera Folnegović-Šmalc

Zbornik uredili:

Prof. dr. sc. Vera Folnegović-Šmalc
Mr. spec. Blaženka Gogić
Prof. dr. sc. Dubravka Kocijan Hercigonja

Tajnik

Dr. sc. Neven Henigsberg

Tisak:

Marko.M usluge, Zagreb

Naklada: 600 primjeraka
Zagreb, prosinac 2000.

PREDGOVOR

Odlukom Vlade Republike Hrvatske usvojen je Nacionalni program psihosocijalne pomoći stradalnicima iz Domovinskog rata. Nositelj Programa je Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata. Cilj tog programa je organiziranje i pružanje psihosocijalne pomoći stradalnicima Domovinskog rata. Program se provodi preko mreže Centara za psihosocijalnu pomoć diljem cijele Hrvatske, čije djelovanje se objedinjuje aktivnošću Nacionalnog centra.

Tijekom Domovinskog rata a još više u poratnom periodu pokazalo se da su brojni psihotraumatski događaji doveli do velikog broja psihičkih dekompenzacija, psihičkih poremećaja i socijalnog zakazivanja kod osoba koje su bile direktne i indirektno žrtve rata.

Posljednjih smo godina svjedoci povećanog broja suicida izvršenog vatrenim oružjem. S tim u svezi postavlja se sumnja da su branitelji rizična skupina za suicidalno ponašanje. U svezi s tim Ministarstvo kao nositelj Nacionalnog programa psihosocijalne pomoći i Nacionalni centar za psihotraumu posebnu pažnju posvećuje provođenju preventivnih mjera suicidalnog ponašanja, a u taj je program uključeno i istraživanje suicidalnog ponašanja, edukacija, program senzibiliranja javnosti i poticanja pozitivnog mišljenja preko sredstava javnog informiranja i odabranih tekstova u tisku. Ministarstvo sponzorira i posebne programe s ciljem dobivanja preciznih podataka o broju suicida u pojedinim segmentima populacije kao i predominantnih parametara učestalih u visoko rizičnoj populaciji.

U cilju zacrtanih programa prevencije suicidalnog ponašanja Ministarstvo hrvatskih branitelja iz domovinskog rata je pokrovitelj Prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju.

Ivica Pančić
Ministar

UVOD

Društvena, politička i psihijatrijska zbilja u Hrvatskoj ozbiljno iznosi problem suicida kao veliki problem. Psihijatrija kao struka i znanost jedna je od pozvanih da se odazove pozivu u pomoć, da pokuša unutar svojih stručno raspoloživih metoda promijeniti svjetonazore i prevenirati suicidalno ponašanje u populaciji. Posljednja dekada obilježena je u psihijatriji brojnim novim spoznajama i općim napretkom struke. Izrađene su nove klasifikacije: MKB 10 i DSM IV, konstruirane brojne skale i mjerni instrumenti, operacionalizirane nove dijagnostičke kategorije, došlo je do razdvajanja unutar ranije jedinstvenih dijagnostičkih kategorija (shizoafektivne psihoze izdvojene su iz dijagnostičke kategorije shizofrenije), napušta se dihotomija: psihotično-nepsihotično, minorizira se značenje pojma neuroze, mijenja se značenje pojedinih termina (elektrokonvulzivna terapija opravdano prelazi u elektrostimulirajući), evidentan je nagli razvoj psihijatrijske genetike, morfološka determiniranost promjena ponovno dobiva veće značenje u razumijevanju pojedinih poremećaja, mijenjaju se značenja pojedinih transmitsorskih sistema u pojedinim poremećajima, pa se u patofiziologiji shizofrenije značenje serotonina smatra ravnopravnim dopaminu, u terapiju pojedinih anksioznih podkategorija ravnopravno se s anksioliticima primjenjuju i antidepresivi, razvijaju se i primjenjuju brojne kognitivne i bihevioralne metode liječenja, otkrivaju brojni novi antipsihotici, antidepresivi, anksiolitici, stabilizatori raspoloženja i slično. U našoj se Domovini počinje primjenjivati i novi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, akutizira se borba protiv stigme duševnih bolesnika i psihijatrijskih institucija. Sve je to dovelo do poboljšanja tretmana pojedinih kategorija psihičkih bolesnika.

Za razliku od toga, na području suicidologije nema evidentiranog napretka, čak što više epidemiološki podaci ukazuju na opći trend povećanja stope suicida u svijetu i u nas. Ima se utisak da se gube najveće vrijednosti ljudskog poimanja, da se gubi smisao za životom. Elementarni nagoni za održanjem pojedinca i vrste kao da slabe, ili se transgeneracijski prijenos potrebe za ugodom javlja kao nova datost suvremenog svjetonazora čije se zadovoljenje hijerarhijski nameće i s najvećom vrednotom medicine kao biološke discipline tj. sa samim životom.

Svaki spriječeni suicid treba shvatiti kao veliki uspjeh i iznalaženje optimalnih metoda za sprječavanje suicida, osnovni je cilj I. Hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju.

Urednice:

Vera Folnegović-Šmalc, Blaženka Gogić, Dubravka Kocijan-Hercigonja

SADRŽAJ

UVODNA IZLAGANJA

- SUICIDALNOST
Vera Folnegović-Šmalc
- PTSP I SUICIDALNOST
Dubravka Kocijan-Hercigonja
- EPIDEMIOLOGIJA SUICIDA U HRVATSKOJ-NEKI SVJETSKI EPIDEMIOLOŠKI
POKAZATELJI SUICIDA
Dragica Kozarić-Kovačić
- SAMOUBOJSTVO U PROSUDBI KRŠĆANSKE ETIKE
Marijan Biškup
- PSIHODINAMSKO RAZUMIJEVANJE SUICIDA
Ljiljana Moro
- MEDIJI I SUICIDI
Vladimir Gruden
- SUICIDALNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA
Dubravka Kocijan-Hercigonja

PTSP I SUICIDALNOST

- ISTRAŽIVANJE FENOMENOLOGIJE AGRESIVNOSTI U PONAŠANJU
OBOLJELIH OD POSTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA
Emil Žampera
- RAZLOZI ZA ŽIVOT I SUICID KOD OSOBA OBOLJELIH OD PTSP-a
Petra Folnegović-Grošić, Tihana Jendričko, Andrea Jambrošić, Anita Alegić, Vesna
Matulić-Karađole, Dubravka Kocijan-Hercigonja
- DOŽIVLJENI STRES SOCIJALNA PODRŠKA I STIL SUČELJAVANJA SA
STRESOM KOD VISOKO SUICIDALNIH OSOBA
Vesna Matulić-Karađole, Anita Alegić, Andrea Jambrošić, Tihana Jendričko, Petra
Folnegović-Grošić, Marija Ćurković-Saganić, Dubravka Kocijan-Hercigonja
- NEKI PREDIKTORI SUICIDALNOSTI
Anita Alegić, Vesna Matulić-Karađole, Tihana Jendričko, Andrea Jambrošić, Petra
Folnegović, Marija Ćurković-Saganić, Dubravka Kocijan-Hercigonja

- POVEZANOST VRSTE PSIHOTRAUME I SUICIDALNOSTI KOD BOLESNIKA S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM
Maja Vilibić, Dejan Jacić, Neven Henigsberg, Ninoslav Mimica, Vera Folnegović-Šmalc
- PREDIKCIJA POKUŠAJA SUICIDA U PACIJENATA S PTSP-om
Vera Folnegović-Šmalc, T. Ljubin, L. Čičin-Šain, Ninoslav Mimica, D. Hranilović, S. Uzun, B. Jernej
- PTSP DIJAGNOSTIČKA ZAMKA I OPASNOST OD SUICIDA
Goran Dodig, Zdenko Katavić, Trpimir Glavina, Davor Lasić, Marija Žuljan
- RAZLIKE U RANGIRANJU RAZLOGA ZA ŽIVOT IZMEĐU OBOLJELIH OD PTSP-a I PROFESIONALNIH VOJNIKA SA BORBENIM ISKUSTVOM
Tihana Jandričko, Andrea Jambrošić, Petra Folnegović-Grošić, Vesna Matulić-Karađole, Anita Alegić, Dubravka Kocijan-Hercigonja
- TRAUMATSKO ŽALOVANJE
Maja Bajs, Slađana Štrkalj Ivezić, Patricija Jelačić, Boris Škifić, Vera Folnegović-Šmalc
- APEL FENOMEN OSOBA S PTSP
Lončar M. Horvat S, Lažeta K.
- POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ I SUICIDI
Vlado Jukić

EPIDEMIOLOGIJA

- SAMOUBOJSTVA NA OSJEČKOM PODRUČJU
Nikola Mandić
- SUICIDI NA ZADARSKOM PODRUČJU PRIJE, TIJEKOM I NAKON RATA
Ante Gilić, Dario Vučenović
- SUICIDI U RATNIM I PORATNIM PERIODIMA 1940-1950. I 1990-2000.
J. Morović, S. Morović, M. Fučkar
- SAMOUBOJSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ (analiza mortalitetnih podataka)
Definis Gojanović M, Smoljanić A., Erceg M., Marušić Ž.
- NAČINI IZVRŠENJA SUICIDA U REPUBLICI HRVATSKOJ U RAZDOBLJU 1993-1998. GODINE
Grubišić-Ilić Mirjana, Kozarić-Kovač Dragica

- OTPRILIKE SVAKI TRIDESETPETI HRVAT ZAVRŠI ŽIVOT SAMOUBOJSTVOM
Mario Živković
- EPIDEMIOLOGIJA SAMOUBOJSTVA
Marija Vinković-Grabarić
- RATNA TRAUMA TE SOCIODEMOGRAFSKA OBILJEŽJA I NEKE SKLONOSTI SAMOUBOJICA – PRIPADNIKA HRVATSKE VOJSKE
Suzana Štefan, Sanja Bender Horvat i Tomislav Filjak
- UČESTALOST POKUŠAJA SUICIDA NA HITNOM PSIHIJATRIJSKOM PRIJEMU KB SPLIT
Špiro Janović, Karmen Kovačević
- SUICID-IZBOR POJEDINCA ILI IZBOR DRUŠTVA SUICIDI U REPUBLICI HRVATSKOJ 1960-1999. GODINE
Vesna Šendula-Jengiće, Gordana Bošković
- UČESTALOST SUICIDA U PERIODU OD 1998. DO 1999. GODINE NA DUBROVAČKOM PODRUČJU
Hrvoje Marković, Nada John
- EPIDEMIOLOŠKI PRIKAZ IZVRŠENIH SAMOUBOJSTVA U HRVATSKOJ U RAZDOBLJU OD 1985. – 1988. GODINE
Vlasta Hrabak-Žerjavić, Zdenko Folnegović, Verica Kralj, Maja Silobrčić-Radić, Ivana Brkić

SVJETONAZOR

- STAVOVI PREMA SUICIDU-DA LI SU ONI ZAISTA RAZLIČITI U RAZLIČITIM KULTURAMA?
Kocmur Marga
- PRAVCI PREVENCIJE SAMOUBOJSTVA
Mario Živković i suradnici
- PSIHOLGIJSKI PRISTUP ODNOSU SUICIDA I PTSP-a
Zvonimir Knezović

SUICID KOD DJECE

- UTJECAJ ŽIVOTNIH DOGAĐAJA NA SUICIDALNO PONAŠANJE ADOLESCENATA
Vojislav Smiljanić

- RISPOLEPT U TERAPIJI SUICIDA KOD ADOLESCENATA
Dubravka Kocijan-Hercigonja
- SUICIDALNO PONAŠANJE HOSPITALIZIRANE DJECE I ADOLESCENATA
TIJEKOM DESETOGODIŠNJEG RAZDOBLJA
Dubravka Kocijan-Hercigonja

MEDIJI I SUICID

- MASOVNI MEDIJI I SAMOUBOJSTVA
Miro Jakovljević, Biserka Sedić
- UTJECAJ MEDIJA NA ODLUKU O SAMOUBOJSTVU-UČENJE PO MODELU
Suzana Štefan
- POTREBA JAVNOZDRAVSTVENOG DJELOVANJA NA PREVENCIJI SUICIDA
Vinka Ljubimir, Slađana Štrkalj Ivezić, Maja Bajs, Maja Vilibić

FORENZIČKI PROBLEMI

- AUTOAGRESIVNO I SUICIDALNO PONAŠANJE OSOBA NA FORENZIČKOM
TRETMANU (predikcija rizika – rizik predikcije)
Vesna Šendula-Jendić, Gordan Bošković, Loredana Šurlina-Balaban, Martin Šendula-
Pavelić
- PROŠIRENI SUICID, DVOSTRUKI SUICID (forenzijsko-psihijatrijska prosudba,
kaznena odgovornost i terapija)
Vesna Šendula-Jengiće, Gordan Bošković, Loredana Šurlina-Balaban
- SUICIDI U TRETMANU FORENZIČKIH BOLESNIKA
Tija Žarković-Palijan, Dražen Kovačević, Blanka Kern-Gačeša
- KOMBINIRANA UBOJSTVA-SAMOUBOJSTVA
Mladen Marcikić

TERAPIJA

- SAMOUNIŠTAVANJE I PREŽIVLJAVANJE – TEORIJA I TERAPIJA
Ivan Urlić
- SOCIOTERAPIJSKA ZAJEDNICA KAO PREVENCIJA SUICIDALNOSTI KOD
OSOBA OBOLJELIH OD POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA
Elvira Koić, Snježana Karničnik

PSIHOLOGIJSKI PRISTUP

- PSIHOLOŠKE AUTOPSIJE-METODA ISPITIVANJA PSIHIČKE PODLOGE SAMOUBOJSTVA
Sanja Bender Horvat, Suzana Štefan, Anto Zelić
- PROTUPRIJENOS, SUICIDALNOST I HOMICIDALNOST VETERANA OBOLJELIH OD PTSP-A
Vladimir Hećimović

PSIHIJARIJA

- FAKTORI RIZIKA SUICIDALNOG PONAŠANJA KOD SHIZOFRENIH BOLESNIKA
Slađana Ivezić, Maja Bajs-Bjegović
- HOSPITALIZACIJA-HOSPITALIZAM-SOCIJALNA SMRT
Zdravko Šimičić, Gordan Bošković, Siniša Rakić, Vesna Šendula-Jengiće
- KARAKTERISTIKE SUICIDA HOSPITALIZIRANIH PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA
Gordan Bošković, Vesna Šendula-Jengiće
- NEKI ASPEKTI SUICIDALNOG PONAŠANJA U SVJETLU PODATAKA USTANOVE ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ SPLIT
Monika Mirošević, Goran Dodig
- OVISNOST I SUICIDALNO PONAŠANJE
Ante Bagarić, Boris Škifić
- SUICIDI-PRIKAZ SLUČAJEVA
Davor Rak
- UČESTALOST POKUŠAJA SUICIDA NA HITNOM PSIHIJATRIJSKOM PRIJEMU KB SPLIT
Špiro Janović, Karmen Kovačević
- ZNAČAJ DIJAGNOZE PRESUICIDALNOG SINDROMA U PREVENCIJI SAMOUBOJSTVA
Mate Mihanović, Branka Restek-Petrović, Zdravko Čokić

RAZNO

- BIOLOGIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA
Miro Jakovljević

- METODOLOŠKI PROBLEMI U IZUČAVANJU EPIDEMIOLOGIJE SUICIDA U R. HRVATSKOJ
Tomić G., Henigsberg N., Folnegović-Šmalc V.
- PREVENCIJA SUICIDALNOSTI
Čokić Z., Mihanović M., Henigsberg N., Folnegović-Šmalc V.
- INDEX AUTORA

U V O D N A I Z L A G A N J A

SUICIDALNOST

Vera Folnegović-Šmalc

*Ako je išta na ovom svijetu
Vrijedno, onda je to život.*

Uvaženi kolegice i kolege

Na samom početku našeg druženja na Prvom hrvatskom kongresu o suicidalnom ponašanju željela bih u nekoliko riječi obrazložiti koji su bili osnovni razlozi za organiziranje ovog Kongresa. To su prije svega:

- porast broja suicida u Hrvatskoj
- porast broja suicida u mlađoj muškoj populaciji
- porast broja suicida izvršenih vatrenim oružjem
- porast broja suicida u Zapadnoj Europi
- usporedba trenda suicida Europe i Hrvatske
- iznalaženje rizičnih čimbenika za suicid
- sagledavanje i definiranje pojmova i teorija o nastanku i razvoju suicidalnog ponašanja
- ukazivanje potrebe multidisciplinarnog pristupa u prevenciji i razumijevanju suicidalnog ponašanja
- uvođenje i poboljšanje edukacije o suicidalnom ponašanju
- prihvaćanje svjetonazora o životu kao jedinoj alternativi, koja se nikada ne smije dovesti u dilemu
- iznalaženje optimalnih metoda liječenja suicidalnih osoba
- sagledavanje problema stradalnika Domovinskog rata i utjecaja psihotraume i traumatskog žalovanja na suicidalno ponašanje
- pružanje optimalne pomoći svakoj suicidalnoj sobi.

Činjenica, da se Kongres o suicidalnom ponašanju provodi u organizaciji Hrvatskoj društva za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora ne treba biti shvaćeno da psihijatri smatraju da je suicidalnost problem kojim se treba baviti samo psihijatrija, čak što više, smatramo da je psihijatrija samo jedna od disciplina koja može pripomoći u smanjenju broja suicidanata. Uz psihijatra ovdje je svakako mjesto psiholozima, pedagozima, svećenicima, filozofima, ali i novinarima, nastavnicima, odgajateljima, političarima, estradnim umjetnicima i općenito osobama iz javnog života.

Što je suicid (dolazi od latinskih riječi sui=sebe i occidere=ubiti), samoubojstvo? Evo nekoliko definicija:

- svaki slučaj smrti koji je direktni ili indirektni čin pozitivnog ili negativnog akta žrtve prema sebi /Durkheim/
- suicid je svjesni akt samonanijetog uništenja najbolje razumljiv kao multidimenzionalni fenomen kod individue s nekom nezadovoljenom potrebom koja za svoj problem najboljim rješenjem smatra suicid /Shneidman/
- suicid je čin, kojim se čovjek usmrtio a da je pritom imao namjeru oduzeti sebi život /Milčinski/
- dobrovoljno okončavanje vlastite mizerije /Voltaire/
- suicid je oblik ponašanja u trenutku teške životne krize, odgovor na poremećenu globalnu komunikaciju, izlaz iz realne egzistencijalne krize, apel upravljen jednoj značajnoj osobi-bližnjem društvu /Stengel/.

Već i ovih samo nekoliko navedenih definicija ozbiljno ukazuje, da se autori bitno razlikuju u poimanju suicida kao čina, kao shvaćanja o shvaćanja i razumijevanju akta uništenja, a ono što je za psihijatrijsko-psihološki pristup suicidu najvažnije, razlikuju se u poimanju duševnog zdravlja samoubojice. Ako definicija kaže, da je suicid "dobrovoljno okončavanje", "namjerno ubijanje" i slično, onda autor podrazumijeva da se radi o osobi, koja testira realitet, koja ima mogućnosti shvatiti značenje postupka samoubijanja i da ga vrši s uvidom, što bi se psihijatrijskom terminologijom jednostavnije moglo reći, da samoubojica nije psihotičan. Najbolji primjer takove definicije dolazi upravo od psihijatra /Milovanović/ koji kaže. Suicid je svjesno i namjerno uništenje vlastitog života, odnosno autodestruktivno ponašanje sa smrtnih ishodom koje je povezano s idejom o smrti, sa svjesnom namjerom da se umre sa sviješću o posljedicama čina koji je izvršila sama žrtva.

Za razliku od većine navedenih definicija, definicija koju nudimo kao radnu definiciju ovog stručnog skupa je slijedeća:

Suicid je čin kojim osoba ubija sama sebe bez obzira na motive i svjesnost.

Ovom smo definicijom suicida ponudili i osnovni pristup suicidologiji kojom ćemo se baviti, a to je prošireno shvaćanje koje uključuje i osobe koje se ubijaju u psihotičnom stanju, kada im samoubojstvo nije osnovni cilj niti su svjesni posljedica, a niti imaju mogućnost testiranja realiteta, kao i osobe koje namjerno i svjesno uništavaju vlastiti život.

Čini nam se da kao medicinari moramo istaknuti i sljedeću definiciju:

Suicid je čin proizašao iz poremećaja vitalnog nagona (samoodržanja). Ako se nagon za samoodržanjem smatra i u čovjeka najvažnijim i hijerarhijski najjačim nagonom, onda se suicid može smatrati poremećajem osnovnog nagona, a samim tim suicid dobiva patološku konotaciju. S druge strane, sociolozi smatraju da je osnovni nagon u čovjeka /za razliku od evolucijski nižih bića/ socijalni /za statusom i/ili afirmacijom/ nagon, pa suicid učinjenu stanju gubitka ideala, statusa, domovine i slično smatraju "socijalno prihvatljivijim".

U predominaciji pojedinih od ovih i sličnih razmatranja možemo i kroz povijest naići na različita kulturološka i društvena značenja suicida. Tako Platon smatra suicid neetičnim činom, Sokrat racionalnim, a Seneka najvišim stupnjem slobode i samoodlučivanja.

O religijskom shvaćanju suicidalnosti bit će riječi u jednom od slijedećih uvodnih izlaganja. Potrebno je međutim istaknuti, da kršćanska društva suicid smatraju činom koji se ničim ne može opravdati, istovremeno, to je grijeh koji se ne može okajati.

U većini kultura suicid ima negativnu konotaciju. U zakonodavstvu Velike Britanije je do 1961. godine suicid bio kažnjivo djelo, čime je bio kažnjen ne sam pokojnik, već i članovi obitelji koji su time uz emocionalnu patnju imali još i sram (o toj će temi biti dosta govora u razmatranjima psihodinamičara).

Željeli bi odmah istaknuti, da se i unutar psihijatara razlikuju pristupi suicidu. Uz paradigmu dijateza-stres u objašnjenje suicida moguće je uklopiti i biološku predispoziciju i vanjske (stresogene) čimbenike koji onda mogu dovesti do prevage nagona za životom (libida, Erosa) nad nagonom za smrti (Thanatosom-autoagresijom) čije je rješenje život, ili u obrnutoj situaciji suicid. U okvirima te paradigme moguće je spojiti i biološku osnovu nagona kao ključnog čimbenika motivacije i naviku (filogenetsku i ontogenetsku) s poticajem (precipitacijom) u jednu cjelinu: Motivacija (za život ili suicid) = nagon x navika x poticaj.

Razmatranja na ovakav način sve su nas više približila uključivanju suicidalnosti i suicida u području psihijatrije i psihologije. Dok s jedne strane sociolozi dijele suicide u slijedeće "društvene" tipove:

- egoističko, koje je rezultat gubitka socijalnog interesa i predominacije individuacije /zbog oslabljene društvene integracije i kohezije/
- altruističko, koje jedino u skupini suicida u nekim kulturama dobiva pozitivnu konotaciju. Ovo bi samoubojstvo bio rezultat preintenzivne društvene integracije uz nedovoljnu individuaciju i uglavnom se javlja u primitivnijim kulturama
- anomičko, koje je rezultat prejakih manipulativnih funkcija društva u odnosu na ponašanje i slobode pojedinca ili grupacija unutar društva.

Psiholozi su više skloni isticati slijedeće aspekte suicida:

- situacijski aspekt
- konativni aspekt
- afektivni aspekt
- kognitivni aspekt
- racionalni aspekt
- serijalni aspekt.

Medicinari su skloni suicidu davati slijedeće atribute:

- konstitucionalni
- organicistički
- hereditarni.

Kako suvremena psihijatrija klasificira suicidalno ponašanje?

U praksi je uobičajeno dijeliti suicidalnost na aktivnu i pasivnu. Aktivna suicidalnost je misaono ili verbalno (ili u snovima) formuliranje i provođenje suicida a pasivna suicidalnost je provođenje postepenog samouništenja bez nužne svjesnosti o suicidalnoj namjeri.

Suicidalnost je simptom /poremećaja/ bez patognomoničnosti za pojedini poremećaj, iako se u praksi najčešće povezuje s:

- anksioznošću
- depresijom
- shizofrenijom
- traumatskim žalovanjem
- ovisnošću.

Za razliku od suicida, parasuicid (tentamen suicidi, pokušaj samoubojstva) je čin, koji je mogao dovesti do smrti ali nije.

Presuicidalni sindrom (Ringel) je psihičko stanje koje se manifestira visokim rizikom za suicid i karakteriziraju ga sljedeća tri klastera simptoma:

- postupni pad interesa, volje i aktivnosti
- porast retrofleksirane agresije
- suicidalne fantazije

Ovaj je sindrom obično vrlo izražen kod osoba s posljedicama psihotraume (PTSP i traumatskog žalovanja).

Apel fenomen (Stengel) je sindrom ukazivanja ambivalentnosti suicidalne osobe za život i smrt. Često je izražen kod nepsihotičnih osoba sa suicidalnim ponašanjem, a samo ga iznimno susrećemo kod psihotičnih suicidalnih osoba.

PTSP I SUICIDALNOST

Dubravka Kocijan-Hercigonja

Brojne epidemiološke studije temelje se na analizama povezanosti PTSP-a i suicidalnog ponašanja i to uglavnom na uzroku vijetnamskih veterana i prognanika. Rezultati koji se iznose vrlo su različiti, tako npr. Fontana i Rosenbeck iz Centra za Vijetnamske veterane u West Haven-u na uzorku od 402 veterana liječenih u istom centru nalaze da traumatska vojna iskustva igraju određenu ulogu u nastanku suicida ali samo indirektno i to u kontekstu razvoja psihijatrijske simptomatologije. Njihova iskustva govore da traumatska iskustva djeluju direktno na razvoj PTSP-a i opće psihijatrijske simptomatologije ali su samo indirektno povezana sa pojavom samoubojstva. Sa druge strane iskustva iz centra za Vijetnamske veterane iz države Washington govore da je PTSP u direktnoj svezi sa pojavom suicidalnosti.

Povezanost suicidalnog ponašanja sa psihotraumom usmjerava našu pažnju na komorbidna oboljenja ali i na povezanost pojave PTSP-a sa premorbidnim doživljavanjima i karakteristikama ličnosti/ranije traume, struktura i sl. Ispitivanja također provedena na uzorku Vijetnamskih veterana pokazala su da je PTSP izraženiji po intenzitetu i učestalosti kod vojnika koji su u djetinjstvu bili traumatizirani posebice fizički.

Analiza klasične kliničke slike dovodi nas do simptoma PTSP-a, naročito pobuđenosti koji se najčešće povezuje sa povećanim uzimanjem alkohola i drugih sredstava ovisnosti. Prema nekim autorima /Hendin i Hans/ na taj način se olakšava osjećaj krivnje radi vojnih akcija i njezinih posljedica kao i tjeskoba i depresivnost. U literaturi se najčešće govori da je incidencija komorbidnih oboljenja i suicida kod psihotraumatiziranih osoba 56,6% posebice ukoliko se radi o dva ili više poremećaja kod čega se najčešće govori o abususu alkohola, uzimanju sredstava ovisnosti, depresiji, a vrlo često spominju se poremećaji osobnosti, posebice autodestruktivno i agresivno ponašanje.

O'Toole i suradnici nalaze da je suicid značajno manje prisutan kod Vijetnamskih veterana ukoliko su bili višeg obrazovnog nivoa, inteligencije, pozitivnih navika u prijeratnom periodu, a nakon rata nastavili su sa edukacijom ili zaposlenjem koje doživljavaju stimilirajućim. Navedena su samo neka od brojnih istraživanja koja nam ukazuju da je posljednjih godina fokus istraživača usmjeren na analizu povezanosti PTSP-a sa suicidalnim ponašanjem najčešće kod ratnih veterana i prognanika. Podaci ukazuju a govoriti o suicidalnosti kod osoba oboljelih od PTSP-a moguće je jedino kroz sagledavanje brojnih čimbenika koji su u međusobnoj interakciji te je nemoguće jednostavno odgovoriti na vrlo jednostavno postavljeno pitanje. Kolika je i kakva povezanost suicida sa PTSP-om? Analiza mora obuhvatiti nekoliko bitnih čimbenika, na prvom mjestu premorbidna iskustva i strukturu psihotraumatizirane osobe. Danas je sasvim jasno da iskustva iz razvojnog perioda, posebice ona koja se odnose na interpersonalne odnose, traume, identifikacijske modele, strukturu obitelji, kvalitetu životnih vrijednosti, stabilnost u emocionalnom smislu, interese, radne navike i načine rješavanja konflikta bitni su prediktori načina rješavanja problema i reagiranja u životno teškim situacijama pa i kod psihotraumatiziranosti. Osobe sa negativnim premorbidnim razvojem (iskustvima, organizacijom života i strukturom) rizičnije su za pojavu suicidalnog ponašanja u traumatizirajućim situacijama jer za njih nemaju odgovarajuće kapacitete u rješavanju niti resurse da se nauče živjeti sa traumom.

Najveći broj istraživača smatra da je uz premorbidne karakteristike, iskustva i način mišljenja bitni čimbenik u razvoju suicidalnog ponašanja kod psihotraumatiziranih osoba. To su osobe rigidnih stavova, jednostrane u načinu rješavanja problema /crno-bijelo/, nefleksibilne, sa smanjenim sposobnostima kreativnosti, pasivne, koje su se i ranije u životu identificirale sa ulogom žrtve. Ukoliko takova osoba oboli od PTSP-a suočena sa traumatskih doživljajima i sa promjenama u vlastitom funkcioniranju, a istovremeno bez misaonih kapaciteta da probleme riješi na adekvatan način, vrlo često "bira" suicid kao izlaz iz situacije.

Daljnji vrlo bitni čimbenik je loš self koncept, slaba osobna kontrola, nisko samopoštovanje, osjećaj srama, krivnje posebice radi osobnog neuspjeha, osjećaj bezvrijednosti koji u uvjetima traumatiziranosti dovodi do suicida kao jedinog mogućeg načina oslobađanja pritiska nastalog sjećanjem, nesanicom i drugim simptomima povezanih uz PTSP.

Analize iznesenih podataka govore nam da suicidalnost kod osoba oboljelih od PTSP-a moramo promatrati kroz karakteristike ličnosti, njena premorbidna iskustva, i ranije načine rješavanja konflikata o čemu govore brojna ozbiljna istraživanja u svijetu, a potvrđuju i naša iskustva u radu sa psihotraumatiziranim osobama.

Vrlo značajni čimbenici u nastanku suicida kod osoba oboljelih od PTSP-a su komorbidna oboljenja o čemu postoje brojni podaci iz literature. Razvoj psihijatrijskih poremećaja kod psihotraumatiziranih osoba često je u direktnoj vezi sa pojavom suicidalnosti kod čega se u literaturi, a potvrđuju i naša iskustva, najčešće govori o distimičnim stanjima, depresiji, psihotičnim stanjima, anksioznosti, te poremećajima osobnosti sa naglaskom na autodestruktivna i agresivna ponašanja.

Suicidalno ponašanje u direktnoj je vezi sa psihijatrijskim problemima koji se povezuju sa psihotraumom što dovodi do zaključka da su suicidi indirektno posljedica psihotraumatiziranosti.

Prema podacima čak u 56,6% naročito ako se radi o više komorbidnih poremećaja i PTSP-u, javlja se suicidalno ponašanje. Depresija sa kojom se mi uz poremećaj osobnosti najčešće susrećemo često je rezultat prekinutih odnosa, ratne krivnje, nemogućnosti utjecanja na promjenu novonastalih životnih okolnosti i dr. Naravno da se i ta analiza mora promatrati u kontekstu karakteristika ličnosti psihotraumatizirane osobe, njezinih vrijednosti i ranijih iskustava.

Jedan od problema koji se često navodi kao uzrok suicida su neispunjena očekivanja, što se naročito naglašava u medijima. Takva očekivanja su vrlo često nerealna i inducirana od strane okoline.

Velik broj autora povezuje suicide sa kliničkom slikom PTSP-a, pobuđenošću, nesanicama, sjećanjima, promijenjenim odnosom sa okolinom, nemogućnošću osjećanja i sl. Međutim usporedne analize veterana koji su imali PTSP, ali nisu izvršili suicid sa onima koji su isti izvršili ili pokušali, pokazale su da i simptomatologiju moramo promatrati kroz ranije nabrojene čimbenike, posebice premorbidna iskustva i strukturu osobe. Jedna osoba sa razvijenom kliničkom slikom PTSP-a sa svojim pozitivnim premorbidnim iskustvima i načinima rješavanja problema te povjerenjem u vlastite vrijednosti naučiti će živjeti sa simptomima i tražiti će pomoć na adekvatan način, a druga će jedino rješenje ukoliko nema nabrojanih elemenata, problem riješiti putem suicida.

Bitni čimbenici su uvjeti življenja i podrška okoline. Nažalost vrlo često izostaje baš taj faktor koji je često posljedica društvenih uvjeta, socio-ekonomskih prilika, ali i izostanka podrške unutar obitelji iz različitih razloga. U literaturi se navode studije članova obitelji psihotraumatiziranih osoba koje pokazuju visok stupanj PTSP-a kod žena i djece što rezultira izostankom podrške i vrlo često separacijama što je novi rizični element u pojavi suicidalnog ponašanja. Osim problema u obitelji oboljelog u poslijeratnom periodu vrlo često se javlja zasićenost problemom PTSP-a kod ostalog stanovništva pa i kod profesionalaca što dovodi do osjećaja odbačenosti, potvrde njihovih od ranije loših slika o sebi, osjećaja bespomoćnosti, bez povjerenja u vlastite snage, a radi se često o takovim osobama, suicid je jedini izlaz. Na pojavu suicidalnosti bitno utječu i promijenjene životne vrijednosti u poslijeratnom periodu, separacija društva po različitom tipu npr. one malobrojne koji su uspjeli i one koji to nisu, a gdje se u najvećem dijelu nalaze veterani na one koji su bili u ratu i nemaju ispunjena očekivanja koja su često i nerealna i na one koji nisu bili u ratu i imaju ostvarene sve svoje potrebe i sl.

Konačno ako tako analiziramo pojavu suicidalnosti kod osoba oboljelih od PTSP-a moramo izdvojiti i kategoriju oboljelih od PTSP-a, koji radi svojih moralnih vrijednosti, načina razmišljanja ne mogu živjeti sa slikama iz rata u kojima se javlja krivnja bez obzira da li je ona realna ili nerealna, koji razvijaju depresivnu simptomatologiju, ali i odluku da radi onoga što su učinili ili što nisu učinili rješenje nalaze u suicidu.

Kao što vidimo u ovom vrlo kratkom pregledu možemo zaključiti da nije jednostavno odgovoriti na pitanje: Zašto osobe oboljele od PTSP-a vrše suicid?

Problem suicida moramo i kod tih osoba promatrati kroz kontekst suicida generalno koji nalazimo i kod drugih kategorija suicidalnih osoba, a PTSP možemo samo izdvojiti radi specifičnosti

nastanka poremećaja i povezanošću ako se radi o ratnom PTSP-u sa društvenim obvezama i stavovima za razliku od PTSP-a u miru, gdje taj mehanizam ne postoji. Ono što je po meni specifično i treba naglasiti kao problem je:

1. promatranje suicidalnog ponašanja kod osoba oboljelih od PTSP-a izolirano od njihovog ranijeg funkcioniranja, njihove strukture ličnosti i ranijih iskustava
2. eliminiranje komorbidnih bolesti u analizi suicidalnog ponašanja kod PTSP-a od depresije, anksioznosti, alkohola do poremećaja osobnosti
3. induciranje od strane medija, društva i okoline u fiksiranosti nereálnih očekivanja i usmjeravanje oboljelih na akcije društva, a na taj način otklanjanje pažnje od vlastitog udjela u kreiranju vlastite budućnosti
4. izostanak adekvatne podrške društva u stimuliranju promjena i kreativnosti
5. prepoznavanje suicidalnog ponašanja kod osoba koje radi kvalitete svojih stavova i strukture ličnosti ne mogu živjeti sa ratnom krivnjom
6. demistifikacija suicidalnog ponašanja kod osoba oboljelih od PTSP-a. Prihvatanje problema, primjena adekvatnog tretmana uz profesionalno pošten stav koji ima za cilj jasno definirati problem, odrediti prema problemu tretman, ali znati prepoznati kada problem proizlazi iz okolnosti na koje mi kao profesionalci vrlo teško možemo utjecati. Da bi se problem riješio potrebna je suradnja različitih vrsta profesionalaca koji će mu prići sa različitih stajališta kod čega isticanje pojedinca ili pojedine profesije je katastrofalna pogreška po suicidalnu osobu.

Literatura

Fontana A, Rosenbeck R. An etiological model of attempted suicide among Vietnam theater veterans. J Nerv Ment Dis/183/6/377-83

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

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

Bullman TA, Kang HK: Posttraumatic stress disorder and risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. J Nerv Ment Dis/1994/182/II/:604-10

Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSP in Vietnam combat veterans. Am J Psychiatry/1992/149/I/:142-3

EPIDEMIOLOGIJA SUICIDA U HRVATSKOJ-NEKI SVJETSKI EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI SUICIDA

Dragica Kozarić-Kovačić

Stopa suicida

Suicid je čin namjerno izazvanog vlastitog samouništenja koji je jedan od vodećih uzroka smrti u svijetu, te stoga predstavlja značajan javno-zdravstveni problem. Mnogi istraživači vjeruju da službene statistike podcjenjuju aktualni broj suicida. U SAD-u suicidi su među deset ključnih uzroka smrti i iznose oko 1,5% od svih ukupnih smrti, a stopa suicida (broj suicida na 100.000 ljudi) je relativno stabilna i iznosi oko 10 do 13 suicida na 100.000 ljudi od 1980. godine i konzistentno prelazi godišnji broj homicida. Kanadska stopa suicida je slična ili nešto viša od one u SAD-u. Zemlje s najvišim suicidalnim stopama uključuju Latviju (42,5 suicida na 100.000 ljudi), Litvaniju (42,1), Estoniju (38,2), Rusiju (37,8) i Mađarsku (35,9). Zemlje s najnižom stopom suicida su Gvatemala (0,5), Filipini (0,5), Albanija (1,4), Dominikanska Republika (2,1) i Armenija (2,3). Usporedba stopa suicida među zemljama je teška zbog nepouzdanosti službene statistike suicida kao i različitih metoda izvršenja suicida.

Dobna i spolna obilježja

Stopa suicida varira s obzirom na dob. Od svih dobnih skupina stariji imaju najvišu stopu suicida, osobito bijelci iznad 75 godina. Povećana stopa suicida među starijim osobama najčešće je povezana s tjelesnim bolestima, gubicima socijalnih uloga i interpersonalnih odnosa i neliječenom depresijom. Stopa suicida se je utrostručila za dob od 15 do 24 godine u razdoblju od pedesetih do devedesetih godina. Razlozi povećanja nisu sasvim jasni, ali ih istraživači povezuju s većom prevencijom mentalnih bolesti u mlađih ljudi, povećanim uzimanjem droga u toj populaciji te povećanjem broja požara koji je česti uzrok smrti u nekim zemljama (SAD, Kanada). Suicidna stopa također varira između muškaraca i žena, kao i između etničkih skupina, muškarci izvršavaju suicide u oko 80% slučajeva, dok žene tri puta češće pokušavaju suicide.

Način izvršenja suicida se razlikuje od kulture do kulture. Najčešće metoda izvršenja suicida u svijetu je vješanje, a u SAD-u oko 60% svih suicida se počinjava požarima. U Kanadi gdje je oružje manje dostupno oko 30% suicida se izvršava s oružjem. Otrovanje uzrokovano prekomjernim uzimanjem medikamenata se javlja u 18% svih suicida u SAD-u. Istraživači vjeruju da je manji udio fatalnih automobilskih nesreća samo s vozačem zapravo suicid. Samo 15 do 25% onih koji se ubijaju ostavljaju oproštajno pismo.

Uzroci suicida

Uzroci suicidalnog ponašanja su kompleksni: biologija mozga, genetika, psihološke crte i socijalni pritisci mogu doprinijeti suicidu. Premda se najčešće suicidi povezuju s vanjskim okolnostima-kaos što su razvodi, gubitak posla, školski neuspjeh-većina eksperata vjeruje da su ove okolnosti trigeri prije nego uzroci.

Rizični čimbenici

Određeni aspekti čovjekova života povećavaju vjerojatnost da će osoba pokušati ili izvršiti suicid. Studije pokazuju da je jedan od najboljih prediktora suicidalnog ponašanja beznadnost. Ljudi s osjećajem beznadnosti mogu učiniti suicid kao jedinu alternativu zbog bolne egzistencije. Ljudi s mentalnom bolesti, ovisnici o alkoholu ili psihoaktivnim tvarima kao i poremećajima ponašanja imaju također povišen rizik od suicida. U stvari, osobe koje su bolovale od dijagnosticirane mentalne bolesti počine oko 90% svih suicida. Fizička bolest također povećava rizik od suicida osobito kada je udružena s depresijom tako da je oko 1/3 odraslih žrtava suicida patila od fizičke bolesti u vrijeme smrti. Drugi rizični pokazatelji uključuju ranije suicidalne pokušaje, povijest suicida među članovima obitelji i socijalnu izolaciju. Ljudi koji žive sami ili nemaju bliskih prijatelja ne mogu primati emocionalnu podršku koja bi ih inače zaštitila od očaja i iracionalnog mišljenja za vrijeme teškog životnog razdoblja. Kesslerova nacionalna studija komorbiditeta u SAD-u o prevalenciji rizičnih faktora pokušaja suicida na reprezentativnom uzorku od 5877 ispitanika u dobi od 15 do 54 godine u razdoblju od 1990. do 1992. godine je pokazala da je 13,5% osoba imalo tijekom života suicidalne ideje, 3,9% planove i 4,6% pokušaj. Kumulativne vjerojatnosti su iznosile 34% za prijelaz od ideje do suicidalnog plana, 72% od suicidalnog plana do pokušaja i 26% od suicidalne ideje do neplaniranog pokušaja. Oko 90% neplaniranih i 60% planiranih prvih suicidalnih pokušaja se je desilo unutar prve godine nakon pojave suicidalne ideje. Svi rizični faktori (žene, razvedene, mlađe od 25 godina, slabije educirane i koje su imale jedan ili više DSM-III-R poremećaja) su bile jače povezane sa suicidalnom idejom nego progresijom od suicidalne ideje do plana ili pokušaja. Stoga se je zaključilo da bi se više preventivnih napora trebalo fokusirati na planirane pokušaje zbog brzine nastanka i nepredvidivosti neplaniranih pokušaja tako da je potrebno više istraživanja radi determiniranja neplaniranih pokušaja.

Nesreće kao što su potresi, poplave, također dovode do promjene u suicidalnoj stopi, jer su povezane s brojnim psihološkim problemima kako pojedinaca, tako obitelji pa i cijele zajednice. Suicidna stopa se smanjuje za vrijeme rata, kao i tijekom mnogih prirodnih katastrofa u kojima su psihološke posljedice slične onima u ratu.

Istraživanje suicida u Hrvatskoj u razdoblju od 1993. do 1998. godine

Ovo istraživanje se je zasnivalo na dvije skupine podataka:

1) podacima iz Registra o nestalim osobama, suicidima i povredama Ministarstva unutarnjih poslova. Registar nastaje na temelju istrage koju provode ovlaštene djelatnici MUP-a o razlogu, uzroku i načinu smrti u slučajevima: nagle smrti, suicida, sumnje na nasilnu smrt, itd. Isto tako su evidentirane osobe koje su pokušale samoubojstvo, ukoliko je o tome obaviještena policija, ali nema podataka o daljnjem tijeku i ishodu nakon liječničke intervencije. Svi suicidi koji su izvršeni na teritoriju Republike Hrvatske bilo da su se desili na mjestu izvršenja ili je smrt nastupila kasnije u medicinskoj ustanovi kao i podaci o hrvatskim građanima koji su počinili suicid u drugoj državi se čuvaju u Hrvatskom zavodu za statistiku. Podaci o osobama koje su umrle nakon pokušaja suicida nisu uključeni u ovu studiju, stoga postoji mogućnost pogrešaka u procesu povezivanja uzroka i razloga smrti, te se pouzdanost podataka smanjuje. Informacije se prikupljaju iz velikog

broja medicinskih institucija i stoga one zavise od različitih faktora kao što su preciznost bolničkih podataka, povezivanje razloga i uzroka smrti, iskaza danih od bliskih osoba koje uvijek nisu spremne dati prave informacije o razlozima suicida i ponekad ga prikazuju kao nesretan slučaj.

U Registru Ministarstva unutarnjih poslova nalaze se sljedeći podaci: a) policijska uprava u kojoj je suicid počinjen, b) opći demografski podaci (spol, dob), c) vrijeme suicida-dan i približan sat, d) mjesto i način izvršenja suicida, e) raniji suicidalni pokušaji, f) događaji koji su prethodili suicidu-radni i obiteljski problemi, konflikti, g) fizički i psihološki poremećaji i bolesti, h) oprostajno pismo, i) nalaz autopsije, j) podaci koji se smatraju važnim za policijsku istragu (precizni popis mjesta suicida, vidljive ozljede, položaj tijela, itd.). Centralizirana kompjuterska baza se je počela voditi od druge polovice 1992. godine tako da su ovdje prikazani podaci od 1993. do 1998. godine. Policijska uprava je identična sa županijskim granicama.

2) podacima Hrvatskog zavoda za statistiku. Uključeni su sljedeći podaci: a) ukupan broj suicida za svaku godinu (broj ljudi koji je umro na mjestu suicida, broj osoba koje su umrle u medicinskih institucijama nakon suicidalnog pokušaja, kao i broj hrvatskih građana koji su počinili suicid na teritoriju druge države), b) podaci o ukupnom broju hrvatskih građana se svake godine zasnivaju na procjeni (de facto i de iure). Podaci za Županije postoje samo za 1990. godinu kada je izvršen posljednji popis stanovništva. Budući da su se granice županija mijenjale i da su bile velike migracije uslijed rata ne mogu se koristiti podaci za prikaz stope suicida po županijama.

Rezultati

Opći pokazatelji

Prema podacima Registra Ministarstva unutarnjih poslova u promatranom razdoblju je izvršeno 5.365 suicida, a prema podacima Hrvatskog zavoda za statistiku 6.086. Apsolutni broj se razlikuje između ta dva izvora podataka za 13,5%. Prosječna stopa suicida prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova je bila 19.22 na 100.000 stanovnika, a prema podacima Hrvatskog zavoda za statistiku je bila 21.81.

Ukupan broj suicida je bio viši na područjima koja nisu bila direktno zahvaćena ratnim aktivnostima, ali se je smanjio broj suicida u tim područjima nakon rata, dok je trend obrnut u područjima koja su bila direktno zahvaćena ratnim zbivanjima. Broj muškaraca koji su počinili suicid je gotovo tri puta veći u područjima koja su direktno zahvaćena ratom, kao i u onima koja to nisu, iako su ratna područja imala manji postotak muških suicida u odnosu na žene, nego područja koja nisu bila direktno zahvaćena ratom. Prosječna dob ljudi je bila identična i u područjima zahvaćenim ratom i onima koja to nisu bila.

Spol i suicidi

Muškarci su počinili suicid u 74,9% slučajeva, žene počinitelji suicida su u prosjeku starije 5 godina od muškaraca počinitelja suicida i ta se razlika pokazala statistički značajnom. Statistički značajno veći broj žena koje su porijeklom iz grada su češće počinitelji suicida. Veći broj muškaraca koji su samci počinilo je suicid, te također nešto veći broj ženskih prognanika-izbjeglica. Žene bez djece, nezaposlene i učenice, te zaposleni muškarci češće su počinitelji suicida. Češći su suicidi kod žena nižeg obrazovanja i više žena počinjava suicid u gradu, sklonije su počiniti suicid u stanu ili kući, dakle u mjestu življenja, za razliku od muškaraca koji češće odaberu otvoreni prostor (šuma, livada, park, most, cesta). Godišnja doba, kao niti dan u tjednu nemaju utjecaj na razlike u učestalosti počinjenih suicida kod muškaraca i žena.

Način izvršenja suicida

Glede načina izvršenja suicida statistički značajno je više žena počinilo suicid skokom s visine, utapljanjem ili trovanjem dok je više muškaraca počinilo suicid oružjem i eksplozivom. Preko polovice i muškaraca i žena oduzelo si je živo vješanjem, s time da su se žene češće objesile uz pomoć dijelova odjeće, a muškarci lancima i konopcem. Kada se koristi oružje kao sredstvo izvršenja žene si najčešće pucaju u srce, a muškarci u glavu. Oko 95% i muških i ženskih žrtava suicida umire na mjestu izvršenja.

Okolnosti počinjanja suicida

Više žena je počinilo suicid radi zdravstvenih problema, a muškaraca radi alkoholizma, sukoba u obitelji i materijalnih teškoća. Oko 7 do 8% i muškaraca i žena je ostavilo pisani dokument, a oko 80% je najavilo verbalno suicid. Više žena je prethodno imalo psihičke smetnje, a muškaraca alkoholizam i narkomaniju. Značajno veći broj žena je prethodno jednom ili više puta pokušalo suicid. Kod muškaraca je suicidu češće prethodi konflikt, a i više ih je u odnosu na žene (75,6% prema 25,4%) izvršilo suicid u alkoholiziranom stanju.

Dob i suicid

Prosječna dob izvršitelja je bila 52.14 ± 18.64 godina, raspon 6 do 98 godina, a Kolmogorov-Smirnovljev test je pokazao normalnu distribuciju. Postoji tendencija povećanja prosječne dobi izvršitelja. Počinitelji suicida koji žive na selu su statistički značajno stariji. Samci su statistički značajno mlađi. Nije utvrđena statistički značajna razlika s obzirom na izbjeglički status, a oni koji imaju djecu su statistički stariji. Statistički je značajna razlika počinitelja suicida u prosječnoj dobi s obzirom na radni status, tj. nezaposleni imaju više životnu dob. Počinitelji suicida sa srednjom stručnom spremom su statistički značajno mlađi u odnosu na skupine s višom i visokom stručnom spremom i na one s nižim obrazovanjem. Oni koji su izvršili suicid u gradu su statistički značajno mlađi. Počinitelji suicida u proljeće su u prosjeku stariji od onih koji su počinili suicid u jesen i u zimi. Stariji počinitelji suicida češće čine suicid ponedjeljkom, a mlađi petkom. Stariji češće čine suicid u zdravstvenim ustanovama i mjestu življenja, a mlađi na otvorenom prostoru. Najstariji su počinitelji suicida utapljanjem, zatim slijede počinitelji suicida vješanjem, dok su počinitelji suicida oružjem i eksplozivom statistički značajno mlađi. Stariji češće koriste konopac kao sredstvo izvršenja.

Preporuka Svjetske zdravstvene organizacije Evropskim vladama

Radna grupa je zaključila da postoji velika potreba za razvojem i poboljšanjem koordinirane nacionalne i multinacionalne strategije za prevenciju suicida. Usmjerenost treba biti na:

- osvješćivanju javnosti, osobito političara da budu svjesniji socijalnih i individualnih faktora koji povećavaju rizike od suicida i koji mogu biti osnovni u preventivnim programima,
- treniranju zdravstvenih djelatnika svih struka i razina u području suicidologije,
- poboljšanju funkcioniranja zdravstvenih i socijalnih ustanova u otkrivanju rizika suicida kao i u radu s osobama i grupama koje imaju visoko rizično ponašanje,
- proširivanju i poboljšanju koordinacije na nacionalnoj i internacionalnoj razini radi istraživanja suicida s naglaskom na epidemiološke pokazatelje i učinke preventivnih programa.

Prevenција suicida

Prevenција suicida treba obuhvaćati:

- vruću telefonsku liniju,
- edukaciju u školama - program prevencije suicida - trening učitelja i osoblja da prepoznaju rizične mlade osobe,
- restrikciju u pristupu sredstvima ubijanja.

Utjecaj suicida na druge

Suicid ima devastirajući emocionalni učinak na obitelj žrtve i njegove prijatelje. Namjerna, iznenadna i nasilna smrt osobe često uzrokuje da se ostali osjećaju bespomoćnima, odbačenima i napuštenima. K tome se može dodati i stres uslijed nalaženja tijela žrtve. Roditelji često imaju osjećaj srama i krivnje zbog socijalne stigme, mogu izbjegavati razgovor o osobi koja je umrla, a često se izbjegava preživjele nakon pokušaja suicida. Istraživanja su pokazala da preživjeli prolaze kroz iste procese žalovanja kao i drugi koji žaluju tako da grupne podrške mogu biti osobito korisne za preživjele žrtve suicida koji su u procesu žalovanja. Također postoje istraživanja da visoki publicitet o suicidima može kod vulnerabilnih osoba, osobito mladih dovesti do suicida. Mnogi ljudi se osjećaju neugodno ukoliko govore o suicidu, zbog socijalnog tabua koji se odnosi na razgovor i učenje o suicidu. Jedan popularni mit je da suicid ne bi trebalo spominjati depresivnim ljudima jer mogu usaditi ideju u svoje misli, iako mnogi mentalni profesionalci se slažu da ljudi koji imaju suicidalne želje mogu imati koristi ukoliko govore o svojim osjećajima.

Literatura:

Kozarić-Kovačić D, Grubišić-Ilić M. Samoubojstva u Republici Hrvatskoj od 1993. do 1998. godine. Projekt Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske.

Retterstol N. Suicide: European perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

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

Berman LA. Suicide. Microsoft. Encarta, 1993-1998: 1-9.

SAMOUBOJSTVO U PROSUDBI KRŠĆANSKE ETIKE

Marijan Biškup

Pod izrazom samoubojstvo misli se na svjesno i namjerno oduzimanje vlastitog života. Ono je najčešće bijeg pred velikim i teško savladivim teškoćama, rezultat posvemašnjeg očajaja i pokušaj da se prekine sa životom, koji sa samoubojicom nema smisla. Važnu ulogu kod odlučivanja za samoubilački čin ima i nedostatak religioznog, nadnaravnog usmjerenja. S problemom samoubojstva bavi se više znanstvenih disciplina, a ovdje se o samoubilačkom činu govori s aspekta kršćanske etike.

Kao polaznu misao može se uzeti petu zapovijed Dekaloga "Ne ubij!" (usp. Izl 20, 13), tj. Ne smiješ oduzeti život ni sebi ni drugom. Biblija navodi više samoubilačkih postupaka: slučaj kralja Šaula (I Sam 31, 3-5), Davidova savjetnika Ahitofela (2 Sam 17, 23), svećenika Razisa (2 Mak 14 41.46), apostola Jude Iškariotskoga (Mt 27, 5) itd. Zanimljivo je da o nekima od tih postupaka biblijski pisci govore sa simpatijama, hvaleći izbor samoubojstva kao nešto što je časnije nego li upasti u ruke neprijatelja koji bi ih potom ponižavali i na kraju ubili. Uza sve to neophodno je naglasiti da je židovsko-kršćanska tradicija stalno bila protiv samoubojstva.

Kršćanska etika uvijek se u obrani života protivila samoubojstvu, osuđivala ga kao veliko zlo, odnosno kao težak grijeh, što uostalom dokazuju spisi najpoznatijih teologa Aurelija Augustina, Tome Akvinskog i dr. i izjave mnogih crkvenih sabora nekad i danas (Orléans /553/, Toledo /693/, Drugi vatikanski sabor /4962-1965, GS 27). Kršćanska etika osuđuje samoubojstvo iz tri opća poznata razloga: Bog je stvorio čovjeka na svoju sliku i sličnost (usp. Post 1, 26-27) stoga je gospodar čovjekova života i smrti.

Čovjek nema prava raspolagati svojim životom jer je samo njegov čuvar i upravitelj. Samoubojstvo je, nadalje, zločin protiv onih koji ovise o samoubojici, kao to su to obitelj i društvo u kojima je dotični trebao i dalje živjeti i raditi te tako pridonositi općem blagostanju. I kao treći razlog protiv samoubojstva je kršenje obaveze ljubavi prema samome sebi i težnji za savršenstvom. Samoubojica se lišava mogućnosti bilo kakvog duhovnog napretka na koji je od Boga pozvan (usp. Mt5, 48). Dobro je prisjetiti se da su živa vjera i ljubav prema bližnjemu i Bogu najbolja zaštita i lijek protiv samoubojstva.

Posebni oblik veoma raširenog samoubojstva njihovih vremena je eutanazija. To je vrlo težak problem i treba osuditi zakonodavce koji ozakonjuju eutanazijsko samoubojstvo. Ozakonjujući eutanazijsku praksu zakonodavac štiti od sudskog gonjenja sve sudionike tog tzv. "samilosnog ubijanja" ljudi starije dobi ili neizlječivih bolesnika. Kršćanska etika i tu vrstu samoubojstva osuđuje i potiče ljude da se toga čuvaju u praksi.

PSIHODINAMSKO RAZUMIJEVANJE SUICIDA

Ljiljana Moro

Pokušaj suicida jest, kao što se može i pretpostaviti, određen sa dva motiva. To je ispunjenje kazne (samo-kažnjavanje) i ispunjenje želje. Analitičari objašnjavaju zagonetku suicida na dva načina: vjerojatno nitko nema dovoljno mentalne energije da ubije samoga sebe, osim ako, na prvom mjestu, ubijanje sebe istovremeno ne podrazumijeva i ubijanje objekta sa kojim se identificirao; te na drugom mjestu, ako je subjekt okrenuo želju smrću protiv sebe koja je prvotno bila usmjerena prema nekoj drugoj osobi. Ne iznenađuje nas ovo otkriće nesvjesnih želja za smrću onih koji su pokušali suicid, s obzirom da je nesvjesno svih ljudskih bića prepuno takvih želja za smrću, čak i prema onima koje volimo. Konačno, otkriće da nekoliko prilično različitih motiva, a svi velike snage, moraju surađivati da bi se taj čin uz pomoć razočaranja libida ili odricanja samoodržanja iz vlastitih egoističnih motiva.

Moguće je da nismo odgovorili na ovo psihološko pitanje jer nemamo prikladan pristup tom problemu. Mi jedino možemo uzeti u obzir, kao polaznu činjenicu, stanje melankolije, koje nam je tako blisko klinički, i usporediti ga sa afektom žalovanja. Međutim, afektivni proces u melankoliji, kao i promjenjivost libida u tom stanju, potpuno su nam nepoznati. Također do sada nismo uspjeli psihoanalitički objasniti kronični afekt žalovanja. Melankolična erotska kateksija u odnosu spram objekta podvrgnuta je dvostrukoj promjeni: jedan njen dio vraća se u stanje sadizma koje je blisko tom konfliktu. Sam sadizam rješava zagonetku tendencije prema suicidu, a upravo to čini melankoliju tako zanimljivom – i tako opasnom. Toliko je intenzivno samoljublje ega, što smo prepoznali kao primarno stanje iz kojeg proizlazi instiktivan život, i toliko je ogromna količina narcističkog libida, koju vidimo oslobođenu u strahu koji se pojavljuje zbog prijetnje životu, da nema neurotskih skrivenih misli o suicidu koje nisu okrenute prema sebi, koje su originalno ubilački impulsi usmjereni prema drugima, ali nismo sposobni usmjeriti protiv sebe neprijateljstvo koje se odnosi na objekte vlastitog unutrašnjeg svijeta. Prema tome, u regresiji iz narcističkog objekta koja nastaje zbog izbora kojim se, istina, objekt potvrdio ali se ipak pokazao jačim od samog ega. U dvjema suprotstavljenim situacijama: biti potpuno intenzivno zaljubljen i pokušati suicid, ego je preplavljen objektom, ali na potpuno suprotan način.

Otpor vrlo često koristi slične taktike – možemo ih nazvati ruskim taktikama, u slučajevima opsesivne neuroze. Vremenom, zaključno, ovakvi slučajevi postižu najjasnije rezultate i dopuštaju duboki uvid u uzroke simptoma.

Međutim, sada se pitamo kako je moguće da takav značajan napredak u analitičkom razumijevanju ne prate čak niti najmanje promjene u pacijentovim konfuzijama i inhibicijama, sve dok konačno ne zamijetimo da je sve što smo postigli područje psihičke sumnje, i da se iznad te zaštitne barijere neuroza može osjećati sigurnom. "Sve će biti u redu" misli pacijent, često vrlo svjesno "ako se obavežem da ću vjerovati u to što mi taj čovjek govori, ali bez sumnje; i sve dok je to tako – ne moram ništa mijenjati". Kada više ne ostane jedna sumnja u odnosu na motive, borba s otporima puca.

Suicid nije izbor; on se dogodi kada duševna bol postane većom od mogućnosti prilagodbe toj boli.

Mediji su sredstvo prenošenja komunikacija: govor, knjiga, tisak, televizija, radio, Internet i sl. U toj se komunikaciji ne prenose samo informacije nego se izravno, zaobilazeći kognitivne funkcije, djeluje na mišljenje, osjećaje i ponašanje osoba koji su izloženi djelovanju medija.

Suicid je voljni postupak prekida vlastitog životnog tijeka. Asistirani suicid je, zapravo homicid po želji žrtve i nalazimo ga kod eutanazije. Parasuicid je niz postupaka koji "slučajno" dovode do fatalnog ishoda što je žrtva mogla predvidjeti. Facilitirajući suicid je stimulacija suicidalnih namjera u njihovom ostvarenju. Mediji mogu imati presudnu ulogu u facilitirajućem suicidu. Osnovna uloga medija trebala bi biti edukativna ili zabavna; ona je, češće, nažalost samo senzacionalistička. U nastojanju "šokiranja" masa mediji iznose takve sadržaje i na takav način da stvaraju ovisnike o adrenalinu. Takva aktivnost povećava pozornost na određeni medijski sadržaj, što je marketinška svrha svakog priopćavanja.

Informacije o suicidima "podsjetu" potencijalnog samoubojicu na prijelaz iz ideje u čin. Kad je u medijima riječ o detaljnom opisivanju načina oduzimanja vlastita života umjesto pokušaja suicida (kojih ima 50-100 na 1 suicid) žrtva nauči uspješnije postići zadani cilj, bar glede svjesne deklaracije sebi i drugima o ozbiljnosti suicidalne namjere; mnogi su pokušaji suicida, naime, planirani da i ostanu samo kao pokušaji. Valja naglasiti kako je mnogo načina prezentiranja informacije o suicidu. Na organizatorima je hoće li odabrati onaj način koji će više ili manje inducirati nove suicide ili suicidalne pokušaje.

Na ideju o suicidu i odluku za njegovo ostvarenje mogu utjecati razni drugi sadržaji u medijima, koji ne govore izravno o suicidu. Ova je tvrdnja posebno zanimljiva glede suicida PTSP bolesnika. PTSP bolesnici su vulnerabilniji na medijski utjecaj nego ostala populacija. Medijskom djelovanju pomažu njihovi konzumenti gladni senzacija; zbog kojih je oblikovan određeni (senzacionalistički) oblik komunikacije. Simptomi bolesnika s PTSP-om interferiraju s njihovim kapacitetom uigravanja u normalni život kamo spada i medijska djelatnost.

Istraživanja su pokazala nedvojbenu korelaciju gledanja TV-a i maladaptivnog ponašanja; ova se tvrdnja posebno odnosi na mladež koja, u zapadnim zemljama provodi 21-23 sata tjedno pred TV ekranom. Mediji, općenito, prisiljavaju mladež da bude, prije vremena sličnija odraslima. Mediji pridonose pojavi suicidalne epidemije.

U reklamnom materijalu Zapada nalazimo naslove: Umrijeti ponosno. Riječ je o nastojanju legalizacije eutanazije kojima je slogan da svaka zrela osoba ima pravo na slobodu izbora vremena i načina da umre. Svakoga suicidanta će ta poruka ohrabriti da finalizira svoj naum, ne smatrajući ni za trenutak sebe nedozrelom osobom.

Presuicidalni sindrom sadrži pojave koje facilitiraju ili upozoravaju na pripremu za suicid. Mediji mogu inicirati ili intenzivirati presuicidalni sindrom. Na taj način mediji povećavaju rizik za samoubojstvo; u suicidalnih osoba dolazi do jake identifikacije sa suicidima koji se opisuju u medijima. Opisivani realitetni autoagresivni događaj znatno je sugestivniji nego sama ideja o suicidu koju je potencijalni samoubojica nosio u sebi.

Medijske opise suicida s mnoštvo detalja, zbog identifikacijskog procesa – što i jest osnovna svrha medijske komunikacije – suicidant doživljava kao vlastite pokušaje suicida, odnosno kao svoju

verbalizaciju o suicidima što pripada presuicidalnom sindromu. Toj grupi simptoma pripada skupljanje informacija o suicidu kojih ima na pretek u medijima. U konzumenta medijskog sadržaja, raste agresivnost, a dolazi i do drugih presuicidalnih simptoma zbog načina prezentacije toga sadržaja.

Mediji, pogotovo u našoj sredini, povećavaju duševnu bol kod PTSP bolesnika, koja vodi suicidu. Podsjetimo samo na neke okolnosti. Informacije o nasilju interferiraju s intruzivnim mislima pri čemu raste produkcija adrenalina. Oni se, na taj način još, subjektivno, nisu vratili iz rata. Doživljaj nepravde prisutan je kod većine bolesnika PTSP-em jer mediji favoriziraju osjećaj krivnje stalnim prijetnjama procesuiranja branitelja, sve optužbe iznesene u medijima dovode do samooptuživanja. Branitelji, posebno s PTSP oboljenjem prepoznaju u medijima, negativni stav okoline prema sebi, odbačenosti i nepovjerenje.

Etički je zaštititi svaku osobu od suicida, što je i njezino pravo. Stoga ne treba biti pasivan glede te problematike. Sprečavanje suicida nalikuje na prevenciju požara – u to trebaju biti svi uključeni posebno, mediji i umjesto atraktivnosti svoju ulogu trebaju shvatiti kao edukaciju. Nema hitnije aktivnosti od sprječavanja suicida jer do njega dolazi kada je duševna bol strašnija od smrti. Rehabilitaciji PTSP bolesnika pomoglo bi evociranje ratnih okolnosti u medijima, ali u malim obrocima; to bi pomoglo postupnoj asimilaciji duševne boli. Njih treba informirati kako nisu izolirani i, kroz medije ih treba usmjeriti prema mjestima gdje će im se pružiti primjerena pomoć.

SUICIDALNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA

Dubravka Kocijan-Hercigonja

Dugo vremena se vjerovalo, pa još i danas, da je djetinjstvo period sreće i da djeca nemaju razloga za tugu. Nažalost taj mit o sretnoj djeci povijest ne potvrđuje, jer su poznata brojna nasilja nad djecom od fizičkog, seksualnog, do emocionalnog kao i zanemarivanje. Kroz povijest se samo mijenjao način traumatiziranja djece te danas iako se je promijenila kvaliteta življenja, i u pozitivnom i u negativnom smislu, problem djece ostaje i dalje. U takozvanim demokratskim zemljama koje između ostalog naglašavaju borbu za prava djece, istina smanjen je broj djece koja rade noću, djeca se uglavnom ne iskorištavaju kao radna snaga ali nije smanjen broj zlostavljane djece, a u porastu je i broj djece ovisnika te broj djece koji pokazuju suicidalno ponašanje.

Postoje brojne studije koje pokušavaju pojasniti pojam suicidalnog ponašanja kod djece i adolescenata te su vršene brojne epidemiološke analize koje pokazuju vrlo veliku različitost u rezultatima. Govori se da su suicidi 1994. godine bili na petnaestom mjestu smrtnosti adolescenata u dobi između 15 i 24 godine života u SAD-u, a prema nekim drugim studijama na trećem mjestu. U periodu od 1980. do 1992. godine 70.000 adolescenata, mlađih od 25 godina, izvršilo je suicid u SAD-u. Prema istraživanju Centra za kontrolu i prevenciju suicida u SAD-u, incidencija suicida kod djece i adolescenata u posljednje 4 godine povećana je za tri puta. U periodu od 1980. do

1992. godine suicidi kod djece između 15-19 godina porasli su za 28,3% ali je porast za mlađu dobnu skupinu između 10-14 godina čak i 20%, dok je taj porast kod crnaca u SAD-u u dobi između 15-19 godina čak 165,3%.

Istovremeno istraživači iz Europe navode da je suicid kod djece rijedak za razliku od SAD-a, posebice u Skandinavskim zemljama. Opisuju se tek pojedinačni slučajevi u Danskoj i Norveškoj.

Da bi razumjeli zašto djeca pokazuju suicidalno ponašanje potrebno je zamisliti se nad dječjim razumijevanjem smrti. Gesel je još 1946. godine opisivao da razumijevanje smrti ovisi o djetetovom razvoju, te tako dijete do tri godine nema nikakvo razumijevanje smrti. Dijete već od četvrte godine pa do adolescentnog perioda počinje razumijevati kognitivno i emocionalno smrt, naravno u zavisnosti od svojeg uzrasta. Dijete od pet godina biti će već vulnerabilno na pojam smrti, a dijete od šest godina tjeskobno i u strahu da majka ne umre. Sa osam godina prisutno je već razumijevanje neizbježnosti vlastite smrti dok se u adolescentnom periodu javlja vrlo često filozofski stav prema smrti. Nagi je 1948. godine identificirao tri stadija razvoja dječjeg poimanja smrti:

- između 3-5 godine javlja se percepcija nečeg privremenog,
- između 5-9 godine smrt je dio čovjeka,
- iznad 9 godina postoji spoznaja o neizbježnosti smrti i njenoj univerzalnosti.

Većina istraživača koji su se bavili analizama dječjeg poimanja smrti spominju ireverzibilnost, nefunkcionalnost i univerzalnost kao pojmove koji najbolje oslikavaju dječje i adolescentno poimanje smrti.

Odnos adolescenata prema smrti ima svoje specifičnosti koje proizlaze iz karakteristika njihove razvojne dobi gdje je posebno naglašen konflikt između želje za životom i želje za smrću. Pokušaj samoubojstva je često rezultat želje ne biti ovdje, jer je realitet neprihvatljiv, a smrt se u tom slučaju doživljava kao privremeno ugodno stanje koje barem na neko vrijeme oslobađa nagomilanu tenziju. U razgovoru sa adolescentima koji su se pokušali ubiti vrlo često se čuje: "Nisam se željela ubiti htjela sam samo privremeno zaspiti, a kada se probudim vjerovala sam biti će sve kao prije", Ivana četrnaestogodišnja djevojka koja je popila tablete nakon kontinuiranih svađa u obitelji. "Htjela sam samo da prestane napetost u meni, kojoj ne znam razlog ali koja me tako pritišće da mi je život postao težak, no nisam se htjela ubiti.", Nataša dvadesetjednogodišnja studentica.

Najveći broj istraživanja usmjeren je ka prepoznavanju presuicidalnih simptoma kako bi se spriječila pojava suicida, tako Shaffer govori o dvije karakteristične skupine adolescenata koji su pokušali suicid: prvi su inteligentni ali izolirani, a majke su najčešće psiijatrijski bolesnici, a drugi su agresivni sa lošim školskim uspjehom vrlo osjetljivi na kritike. Kao predisponirajući čimbenici najčešće se spominju alkohol, droga, agresivno impulzivno ponašanje, strah, stres, utjecaj socijalnog miljea, kulturalni čimbenici i utjecaj medija.

Analize dostupnih studija govore o grupama čimbenika koji dovode do suicidalnog ponašanja:

- biološki čimbenici,
- genetski čimbenici,
- psihopatološki čimbenici.

Shaffet 1996. godine navodi da je čak u 90% suicidalnog ponašanja uzrok depresija, afektivni poremećaji, alkohol, droga i psihotična stanja. Analiza psihopatoloških stanja kod adolescenata do 15 godine i od 15 do 25 godine ukazuju na različitosti. Kod mlađe dobne skupine psihijatrijski poremećaji su prisutni u 43% slučajeva, a u starijoj skupini 79%. Kod mlađih se najčešće dijagnosticira ADHD i depresija, a kod starijih alkohol, droge i psihoze. Intoksikacija alkoholom i tabletama u mlađoj skupini je prisutna svega 1% dok je u starijoj skupini zastupljenost čak 51%.

U jednoj opsežnoj studiji u SAD koja je obuhvatila 717 adolescenata i njihovih majki u periodu od 1991. do 1993. godine utvrđeno je da anksioznost, poremećaji hranjenja, i upotreba sredstava ovisnosti značajno je češće povezana sa suicidalnim razmišljanjima, a posebice se to odnosi na adolescente sa poremećajima osobnosti.

U posljednju skupinu spadaju psihosocijalni faktori kod čega se najčešće spominju disfunkcionalne obitelji, poremećeni interpersonalni odnosi posebice emocionalni problemi; zlostavljanje ili drugi oblici obiteljske patologije koja dovodi do ozbiljnog narušavanja međusobne komunikacije unutar obitelji. Istraživanja pokazuju da je značajno veći uzrok suicidalnom ponašanju, kod mladih poremećena dinamika obitelji i narušeni interpersonalni odnosi, nego razvod roditelja ili nedostatak jednog roditelja. Vrlo bitni čimbenici u skupini psihosocijalnih čimbenika su utjecaj društva, crkve, bračni status pa i spol. Velik broj studija u odnosu na spol adolescenata iznosi da su muški adolescenti vulnerabilniji i češće suicidalnog ponašanja nego ženski adolescenti što neki autori objašnjavaju prirodnom ženskom ulogom (briga za obitelj). Međutim i u odnosu na spol postoje razmimoilaženja među stručnjacima što se povezuje sa primijenjenom metodologijom i izborom uzorka.

Brojne studije koje pokušavaju rasvijetliti taj ozbiljan problem mladih koji je u porastu, upućuju nas na nekoliko bitnih čimbenika koji mogu doprinijeti boljem razumijevanju problema. Dijete već od najranije dobi stvara sliku o svijetu preko dobrog i lošeg objekta, i tako stvara svoja prva iskustva u odnosu na svijet odraslih. Dijete istovremeno živi u svijetu koji mu je model za njegovo ponašanje, osjećanje, razmišljanje. Dijete samo ne donosi odluke već to za njega čine odrasli koji misle da znaju što djetetu treba i što je za njega dobro. Odrasle osobe počinju razmišljati o djetetu tek kada ono prestane zadovoljavati njihove potrebe i očekivanja, kada dijete počinje odstupati od uobičajenih normi i pravila ponašanja, kada počinje pružati otpor, kada pokazuje znakove bolesti ili kada počinje suicid. Raniji signali koji su prethodili opisanim znakovima nisu registrirani jer nisu ometali svijet odraslih i nisu prisiljavali odrasle da mijenjaju svoj način funkcioniranja.

Gdje dakle počinje djetetov problem i gdje je uzrok suicidalnom ponašanju?

Obitelj je prvo mjesto kroz koje dijete upoznaje svijet i stvara sliku o svijetu i sebi u svijetu. Istraživanja govore o značaju obitelji ali i našim zabludama da su samo djeca iz psihijatrijski obilježenih obitelji, iz npr. obitelji alkoholičara, besposličara, duševnih bolesnika i sl. djeca koja vrše suicid. Analize govore da su to ponekad češće djeca iz tzv. dobrih obitelji, često materijalno uspješnih, koje prema vani funkcioniraju kao cjelina ali gdje unutar obitelji nema emocionalne podrške, gdje su poremećeni interpersonalni odnosi, gdje nema komunikacije. Često su to bogate obitelji u materijalnom smislu i vrlo, vrlo siromašne u emocionalnom

Identifikacija je bitni proces u razvoju svake ličnosti posebice kod djece i adolescenata. Bez separacije, identifikacije i individualizacije nema pravilnog razvoja, a baš ta identifikacija je proces koji je najčešće odgovoran za brojna odstupanja, probleme i suicidalnost. Istraživanje Allisona iz Australije govori da postoji uska povezanost između roditeljskog stila življenja i

pesimizma, i suicidalnog ponašanja kod njihove djece. Ista studija, na uzorku od 307 ispitanika pokazuje da su adolescenti sa suicidalnim ponašanjem značajno češće iz obitelji gdje su roditelji izrazito kritični, manje suportivni i više overprotektivni. Tijekom perioda dječjeg razvoja postoji povezanost između socijalnog suporta, roditeljskog suporta i pesimizma te oni igraju centralnu ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja. Pesimizam je kognitivna dimenzija usamljenosti, a usamljenost je povezana sa suicidalnošću.

U jednoj našoj analizi koju smo proveli 1990. godine kod 300 mladih vojnika koji su na probleme adaptacije na vojsku pokušali suicid i liječili se na psihijatrijskom odjelu utvrdili smo da je u 80% slučajeva u obiteljima ispitanika bilo suicidalnih pokušaja, rješavanje problema suicidima kao i stalna verbalna prijetnja: "Ubit ću se!" i sl.

U razvojnom periodu djeca i adolescenti identificiraju se sa različitim osobama što je u zavisnosti od faze razvoja ali i od brojnih drugih čimbenika. Prvi identifikacioni modeli su roditelji, a zatim kako dijete odrasta stvara se i potreba za socijalnim interakcijama i na formiranje djetetovog identiteta utječu i druge važne osobe. Ukoliko obiteljska i šira socijalna sredina ne zadovoljava djetetove emocionalne potrebe i ne omogućava identifikaciju unutar obitelji tada dijete svoje potrebe za podrškom i pripadnošću traži izvan tog kruga, najčešće u grupama sa čijim članovima se identificira i prihvaća pravila bez obzira da li su ona pozitivna ili negativna. U grupi se posebice adolescent osjeća siguran, prihvaćen, poštovan, te zato i ne čudi činjenica da postoje česta samoubojstva u grupama, koja proizlaze iz identifikacije sa grupom i indukcijom u grupi.

Na kraju ne možemo a da se ne suglasimo, da nas zabrinjava činjenica da su suicidi kod sve mlađih dobnih skupina u porastu i da su uzroci tome mnogobrojni i poznati i koji u međusobnoj interakciji dovode do brojnih psihičkih problema uključujući i suicidalno ponašanje.

Što učiniti?

Na prvom mjestu moramo biti svjesni da su samoubojstva javno zdravstveni problem i da zdravstvene institucije i profesionalci moraju biti maksimalno uključeni u njegovo rješavanje.

Problem treba rješavati kroz tri razine: primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju.

1. Primarna uključuje maksimalno iskorištavanje community resursa rješavanjem problema kroz primarnu zdravstvenu zaštitu, reduciranje stigmatizacije mentalnih bolesti, educiranje i treninge profesionalaca. Potrebno je izraditi nacionalnu strategiju za prevenciju suicida koja uključuje primarnu zdravstvenu zaštitu, posebice u detekciji rizičnih faktora, zlostavljanja, bolesti i dr. Da bi se isto moglo realizirati potreban je kontinuirani trening i edukacija profesionalaca koji će biti uključeni u program. Važno mjesto u tom procesu imaju škole koje moraju prestati biti samo obrazovne već moraju postati i odgojne ustanove sa nizom preventivnih programa i edukacija. Poseban i značajan faktor na toj razini su mediji koji svojim informiranjem mogu inducirati suicidalno ponašanje ili mogu pomoći u njegovoj eliminaciji. Posebno mjesto u nacionalnoj strategiji treba usmjeriti na istraživanje rizičnih faktora ali i razumijevanje faktora koji utječu na pojavu suicidalnog ponašanja.
2. Sekundarna prevencija obuhvaća ranu dijagnostiku i vrhunski terapijski tretman koji je moguće provesti jedino u dobro organiziranim zdravstvenim institucijama sa dobro educiranim i treniranim profesionalcima uz materijalne mogućnosti organiziranja.

3. Tercijarna prevencija obuhvaća rehabilitaciju i resocijalizaciju jer je poznata činjenica da se suicidi ponavljaju odnosno da se konflikti i problemi rješavaju kroz, gotovo uvijek isti, već poznati način, u ovom slučaju suicidalno ponašanje. Proces rehabilitacije i resocijalizacije treba uključiti dobro educirane stručnjake koji će kroz individualni i grupni pristup, društveno rješavanje problema, drugačiju organizaciju svakodnevnog življenja uz poštivanje svake osobe i uvažavanje svačijih potreba i posebice osiguranje vremena, kroz različite oblike savjetovanja i rada, mijenjati dotadašnji način življenja i rješavanje problema. U tako kompleksnom rješavanju potrebno je uključivanje svih institucija, stručnjaka, posebice medija, vladinih i nevladinih organizacija kako bi se osigurala provedba nacionalne strategije borbe protiv suicida u kojoj bi svi relevantni čimbenici maksimalno participirali u rješavanju.

Literatura

Andrews JA, Lewinshon PM. Suicidal attempts among older adolescents; prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. J Am Child Adolesc Psychiatry, 1992; 31:655-662.

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: supp.: 52-63.

Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. J Am Acad Adolesc Psychiatry, 1995; 34: 612-622.

Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry, 1996; 53: 1155-1162.

Jeffrey GJ. Personality Disorders in Adolescence and Risk of Major Mental Disorders and Suicidality during Adulthood, Jama, 000; 19:283.

PTSP I SUICIDALNOST

ISTRAŽIVANJE FENOMENOLOGIJE AGRESIVNOSTI U PONAŠANJU OBOLJELIH OD POSTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA

Emil Žampera

Vršeno je istraživanje fenomenologije agresivnosti u ponašanju oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja s ciljem da se utvrdi koliko ta fenomenologija direktno ili indirektno utječe na njihovu radnu sposobnost.

Istraživanje je provedeno na eksperimentalnoj grupi od 90 muških ispitanika s dijagnozom posttraumatskog stresnog poremećaja, a kontrolnu skupinu sačinjavala je skupina od 90 muških ispitanika odabranih po principu slučajnog izbora, bez dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja.

Primijenjen je posebno konstruirani Upitnik za ispitivanje agresivnosti, sastavljen od 30 pitanja. Rezultati dobiveni istraživanjem, statistički su obrađeni primjenom metoda: izračuna korelacije, te izračuna statističke značajnosti razlika.

Rezultati istraživanja pokazuju da postoji značajno povišenje agresivnosti u eksperimentalnoj skupini u odnosu na kontrolnu skupinu, kada je u izračunu poslužilo svih 30 pitanja iz Upitnika, a u izračunu statističke značajnosti razlika to je na nivou $P < 0,01$.

Eksperimentalna skupina pokazala je najznačajnije povećanje u sferi frustracijske agresivnosti i to do nivoa statističke značajnosti.

Manifestna agresivnost značajno je visoka, a izražena je kroz osvetoljubivost i osjećanje da ih se ljudi boje. U sferi verbalne agresivnosti, u eksperimentalnoj skupini dominiraju verbalni sukobi u obitelji, ali u sferi međuljudskih komunikacija inače. Instiktivističko-instrumentalna agresivnost naročito je izražena kao agresivnost prema stvarima, drugima, ali i sebi. Ona se i najjače drži pod kontrolom kao i manifestna agresivnost. Da ju ne bi izrazili otvoreno, ispitanici u eksperimentalnoj skupini pokazuju sklonost povlačenju i autističkom ponašanju, a to stvara povoljnije uvjete za prekomjernu kumulaciju, tj. stanja pred eksploziju agresivnosti.

Istraživanje nedvojbeno ustvrđuje da je utjecaj ratnog stresa visoko nazočan u pojavi jakog stupnja agresivnosti. Agresivnost je zbog kumulacije i niskog praga frustracijske tolerancije dovela do povlačenja, autističkog ponašanja i smanjenog socijalnog dodira. To dovodi do smanjenja u socijalnoj participaciji, što dovodi do smanjenja radne sposobnosti oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja.

RAZLOZI ZA ŽIVOT I SUICID KOD OSOBA OBOLJELIH OD PTSP-a

**Petra Folnegović-Grošić, Tihana Jendričko, Andrea Jambrošić, Anita Alegić,
Vesna Matulić-Karadole, Dubravka Kocijan-Hercigonja**

Suicid je značajan fenomen u suvremenom društvu i moguće ga je sagledati s niza različitih aspekata. U ovom radu pokušali smo razmotriti povezanost pokušaja suicida i razloga za život. Cilj našeg istraživanja bio je utvrditi razlike u razlozima za život kod osoba koje su do sada pokušale suicid u odnosu na one koji nisu, unutar skupine pacijenata oboljelih od PTSP-a. Hipoteza istraživanja je da postoje značajne razlike u razlozima za život kod osoba koje su pokušale suicid i one koje nisu.

Eksperimentalnu skupinu za ovo istraživanje čini 89 bolesnika hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama. Dijagnoza PTSP-a postavljena je prema kriterijima iz MKB-10 klasifikacije. Za utvrđivanje razloga za život koristili smo RFL-72 skalu (Reasons for living scale), te opći upitnik koji je kreiran u svrhu ovog istraživanja. Dobiveni rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika između razloga za život između dvije ispitivane skupine.

Smatramo da su dobiveni rezultati vrijedan doprinos boljem razumijevanju suicidalnosti te da je ova skalom dobro pomoćno sredstvo pri screeningu suicidalnosti.

DOŽIVLJENI STRES SOCIJALNA PODRŠKA I STIL SUČELJAVANJA SA STRESOM KOD VISOKO SUICIDALNIH OSOBA

**Vesna Matulić-Karadole, Anita Alegić, Andrea Jambrošić, Tihana Jendričko,
Petra Folnegović-Grošić, Marija Ćurković-Saganić, Dubravka Kocijan-Hercigonja**

Dosadašnja istraživanja pokazuju kako su skupine ljudi koje su doživjele mnogo stresnih događaja, koje imaju slabiju socijalnu podršku i slabije mehanizme sučeljavanja sa stresom vulnerabilnije, što ih svrstava u rizičniju skupinu za suicidalna ponašanja.

Cilj ovog istraživanja je detaljnije analizirati izvore stresa visoko suicidalnih osoba oboljelih od PTSP-a, izvore socijalne podrške i mehanizme sučeljavanja kao prediktore suicidalnog ponašanja i usporediti dobivene rezultate s rezultatima dobivenim na zdravoj populaciji.

Uzorak (N=89) su sačinjavali veterani Domovinskog rata, oboljeli od PTSP-a, hospitalizirani u Nacionalnom centru za psihotraumu, a uzorak zdravih (N=103) sačinjavaju radno aktivni pripadnici HV.

Instrumenti koji su korišteni: Skala socijalne podrške, COPE, Skala stresnih događaja, RFL.

Istraživanje je dio šireg istraživanja prediktora suicidalnosti i utvrđivanja rizičnih i zaštitnih faktora. U ovom dijelu istraživanja naglasak je na osvjetljavanju specifičnih izvora stresa osoba oboljelih od PTSP-a kao i specifičnosti njihovih socijalnih mreža.

Iz prakse nam je poznato, a i dobiveni rezultati to potvrđuju, kako neki aspekti ove bolesti predstavljaju značajne izvore stresa oboljelih od PTSP-a, kao i socijalnu introverziju i smanjenu motiviranost za proširivanjem socijalne mreže, a u skladu s tim, slabijeg korištenja zdravijih mehanizama sučeljavanja sa stresom.

Ublažavanje izvora stresa, jačanje socijalne podrške oboljelih od PTSP-a mogli bi biti neki od učinkovitih indirektnih načina u prevenciji suicidalnosti.

NEKI PREDIKTORI SUICIDALNOSTI

**Anita Alegić, Vesna Matulić-Karadole, Tihana Jendričko, Andrea Jambrošić,
Petra Folnegović, Marija Čurković-Saganić, Dubravka Kocijan-Hercigonja**

Suicid predstavlja jedan od osnovnih problema u suvremenom društvu, a posebno se često spominje u radu s osobama koje imaju psihičke poteškoće. U posljednje vrijeme ovo je jedan od najvećih problema kada se govori o braniteljima Domovinskog rata.

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti neke prediktore suicidalnosti te usporediti u kojoj mjeri se ti prediktori razlikuju između zdrave /normalne/ populacije i osoba oboljelih od PTSP-a.

Problemi:

1. Istražiti povezanost između nekih osobina ličnosti /psihoticizma, introverzije, neuroticizma, agresivnosti/ i suicidalnosti
2. Istražiti povezanost između stupnja depresivnosti i suicidalnosti
3. Istražiti povezanost između ukupnog doživljenog stresa i suicidalnosti
4. Istražiti povezanost između socijalne podrške i suicidalnosti
5. Istražiti povezanost između stilova sučeljavanja sa stresom i suicidalnosti.

Hipoteze:

1. Zdravlje osobe /prosječan p, n, e/ manje su suicidalne od osoba s povišenjima na ovim skalama.
2. Depresivnije osobe su suicidalnije od manje depresivnih osoba.
3. Osobe koje su u proteklih godinu dana doživjele više stresnih događaja bit će suicidalnije od onih s malo doživljenog stresa.
4. Osobe koje imaju jaku socijalnu podršku i širu socijalnu mrežu bit će manje suicidalne od onih sa slabim socijalnim vezama i podrškom.
5. Osobe sa zrelijim stilom sučeljavanja s problemima (usmjeren na problem) bit će manje suicidalni od osoba koje se lošije nose sa problemima.

Uzorak:

U eksperimentalnoj skupini /kliničkoj skupini/ nalazilo se 89 pacijenta oboljelih od PTSP-a dok su kontrolnu skupinu sačinjavali pripadnici HV koji su radno aktivni (N=103) koji su bili odabrani prema točno određenim kriterijima.

Mjerni instrumenti:

Varijable su procijenjene korištenjem sljedećih mjernih instrumenata:

- Opći upitnik – za procjenu sociodemografskih varijabli, dužine liječenja i broja hospitalizacija kao i dosadašnjeg broja pokušaja suicida
- Skala stresnih događaja
- Beckova skala depresije
- Skala socijalne podrške
- EPQ (Eysencov upitnik ličnosti koji mjeri psihoticizam, ekstroverziju, neurotizam)
- COPE (skala mehanizama sučeljavanja sa stresom)
- RFL (skala razloga za život)

Rezultati potvrđuju navedene hipoteze i upućuju na važnost procjene navedenih prediktora (osobina ličnosti, depresivnosti, socijalne podrške, doživljenog stresa i stila suočavanja) kod dijagnostičke procjene suicidalnosti. Zbog jednostavnosti primjene neki mjerni instrumenti upotrijebljeni u ovom istraživanju koji se do sada nisu šire koristili u dijagnostičke svrhe mogu upotpuniti standardnu bateriju testova. Također rezultati upućuju na važnost ovih varijabli pri planiranju preventivnih akcija kojim bi se smanjio broj suicida u populaciji oboljelih kao i u populaciji zdravih ljudi.

POVEZANOST VRSTE PSIHOTRAUME I SUICIDALNOSTI KOD BOLESNIKA S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM

Maja Vilibić, Dejan Jacić, Neven Henigsberg, Ninoslav Mimica, Vera Folnegović-Šmalc

Cilj. Komparirati izabrane činitelje rizika suicidalnosti u pacijenata s kroničnim ratnim posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) koji nisu bili tjelesno ranjavani i onih koji su iskusili tjelesno ranjavanje.

Metode. Svi bolesnici (ukupno 49) skupina "RANJAVANI" (19) i "NERANJAVANI" (30) bili su muškarci, dobi između 23 i 57 godina sudionici Domovinskog rata, bez premorbidnog psihijatrijskog opterećenja, s dijagnozom kroničnog PTSP-a bez komorbiditeta. PTSP je bio dijagnosticiran od strane iskusnog psihijatra prema DSM-IV kriterijima. U skupini "RANJAVANI" traumatski događaj (kriterij A, podkriterij A (1)) je podrazumijevao ratni traumatski događaj (ili

više njih) tijekom kojeg je došlo do (ozbiljnog) tjelesnog ranjavanja, a u skupini "NERANJAVANI" onaj kod kojeg je postojala opasnost po život (sebe ili drugih), ali ranjavanje nije uslijedilo. Izabrani činitelji rizika suicidalnosti bili su:

- A) SUICIDALNE NAMJERE: ocijenjene kroz:
 - 1) MISLI O SAMOUBOJSTVU
 - 2) RAZMIŠLJANJE O SMRTI ILI UMIRANJU /izabrani itemi skala SCL-90 te MADRS-a/
- B) PSIHOSOCIJALNI ČINITELJI:
 - 1) (nepovoljan) MARITALNI STATUS,
 - 2) (nepovoljan) RADNI STATUS,
 - 3) OSJEĆAJ USAMLJENOSTI,
 - 4) OSJEĆAJ USAMLJENOSTI ČAK I U DRUŠTVU DRUGIH OSOBA,
 - 5) OSJEĆAJ NEDOVOLJNE BLISKOSTI SPRAM DRUGIH OSOBA /izabrani itemi skale SCL-90-R/,
- C) DEPRESIVNOST: ocijenjena kroz:
 - 1) OPĆI POJAM DEPRESIVNOSTI /MADRS-zbroj/,
 - 2) OSJEĆAJ TUGE /izabrani item skale SCL-90-R/,
- D) LOŠ "SELF KONCEPT": ocijenjen kroz:
 - 1) SAMOOPTUŽIVANJE,
 - 2) OSJEĆAJ KRIVICE /izabrani itemi SCL-90-R/,
 - 3) OSJEĆAJ KRIVICE OKO POČINJENIH/PROPUŠTENIH ČINA NA BOJIŠTU /frekvencija i intenzitet, CAPS/,
 - 4) KRIVNJU PREŽIVLJAVANJA /frekvencija i intenzitet, CAPS/ te
- E) TIPIČAN NAČIN RAZMIŠLJANJA (koje je ograničeno isključivo na sadašnjost); ocijenjen kroz:
 - 1) OSJEĆAJ BEZNAĐA U ODNOSU NA BUDUĆNOST /Izabrani item SCL-90-R/ te PESIMISTIČNE MISLI /izabrani item MADRS-a/.

Za komparaciju izabranih činitelja rizika suicidalnosti među skupinama bio je korišten Mann-Whitney-ev test.

Rezultati. Između skupina "RANJAVANIH" i "NERANJAVANIH" nađena je signifikantna razlika za slijedeće činitelje rizika suicidalnosti: OSJEĆAJ BEZNAĐA U ODNOSU NA BUDUĆNOST ($p=0,0056$), RAZMIŠLJANJE O SMRTI ILI UMIRANJU ($p=0,0312$) i OPĆI OSJEĆAJ KRIVICE ($p=0,0328$); za činitelj rizika MISLI O SAMOUBOJSTVU razlika je bila granično signifikantna ($p=0,0794$) dok za ostale izabrane činitelje rizika suicidalnosti nije nađena signifikantna razlika među skupinama.

Zaključak: Unutar populacije bolesnika s kroničnim, ratnim PTSP-om postoje razlike u sklonosti suicidalnosti s obzirom na izloženost različitoj vrsti psihotraume. Bolesnici koji su bili ozbiljno tjelesno ranjavani općenito imaju viši stupanj rizika suicidalnosti spram onih koji nisu bili tjelesno ranjavani. Navedeno primarno proizlazi iz prosječno većeg intenziteta dijela izabranih faktora rizika suicidalnosti dok za drugi dio izabranih činitelja rizika nema signifikantne razlike među skupinama.

PREDIKCIJA POKUŠAJA SUICIDA U PACIJENATA S PTSP-om

Vera Folnegović-Šmalc, T. Ljubin, L. Čičin-Šain, Ninoslav Mimica, D. Hranilović, S. Uzun, B. Jernej

Cilj rada bio je utvrditi prediktivnu vrijednost nekih bioloških i psihopatoloških parametara u odnosu na pokušaj suicida pacijenata tijekom narednih tri godine.

U ispitivanju je učestvovalo 63 pacijenta sa PTSP-om. Grupa ispitanika koji su naredne tri godine od mjerenje pokušali suicid uspoređena je sa grupom koji nisu pokušali suicid. Mjereni biološki parametri bili su serotonergički trombocitni parametri (razina serotonina, brzina unosa serotonina, razina aktivnosti enzima MAO). Psihopatološki parametri bili su intenzitet PTSP-a i prisustvo komorbidnih poremećaja (abuzus alkohola, alkoholizam, depresija).

Rezultati su pokazali da a) niti jedan od mjerenih biokemijski parametara nije prediktivan; b) intenzitet ukupnog PTSP-a i posebno D klaster simptoma te postojanje komorbidnog abuzusa/alkoholizma bili su faktori razlikovanja grupa; c) komorbidna depresija nije se pokazala bitnom za predikciju suicidalnog ponašanja.

Zaključak: Povrđena je važnost intenziteta PTSP-a za ocjenu vjerojatnosti pokušaja suicida. U odnosu na specifičnu simptomatiku koju obuhvaća PTSP, klaster simptoma koji se odnosi na trajno povećanu pobudljivost nakon traume ima prediktivnu valjanost za budući pokušaj suicida. Komorbidna zlouporaba alkohola također predstavlja faktor na temelju kojeg se razlikuju oni koji u budućnosti pokušaju od onih koji ne pokušaju suicid. Zaključno, rezultati ističu važnost i nameću potrebu procjene simptomatike PTSP-a psihometrijski valjanim instrumentima u pacijenata s PTSP-om.

Literatura

Čičin-Šain L, Mimica N, Hranilović D, Balija M, Ljubin T, Makarić G, Folnegović-Šmalc V, Jernej B. (2000). Posttraumatic stress disorder and platelet serotonin measures, Journal of Psychiatric Research, 34:155-161.

Jernej B, Banović M, Čičin-Šajn L, Hranilović D, Balija M, Orešković D, Folnegović-Šmalc V. (2000). Physiological Psychiatry Research 94:153-162.

PTSP DIJAGNOSTIČKA ZAMKA I OPASNOST OD SUICIDA

Goran Dodig, Zdenko Katavić, Trpimir Glavina, Davor Lasić, Marija Žuljan

PTSP je obično definiran kao poremećaj u kojem dominiraju tri skupine simptoma – IZBJEGAVANJE, PONOVRNO PROŽIVLJAVANJE I PRETJERANA NAPETOST a koji traju najmanje jedan mjesec dana i to u osoba koje su preživjele gotovo životno ugrožavajući TRAUMATSKI DOGAĐAJ zadnjih nekoliko godina za psihijatre u Hrvatskoj, a i za društvo u cjelini, predstavlja iznimno značajan problem iz ponajmanje nekoliko krupnih razloga a to su:

- BROJ OBOLJELIH
- IZNIMNO VELIK UTJECAJ NA RADNU SPOSOBNOST
- IZVANREDNO "DOBRA PODLOGA" ZA DODATNE PSIHIJATRIJSKE KOMPLIKACIJE UKLJUČUJUĆI SUICIDALNE PULZIJE I SUICIDALNO PONAŠANJE.

Unatoč činjenici da su dijagnostički kriteriji za PTSP dobro definirani, štoviše imaju i kliničko dijagnostičku i etiološku odrednicu nerijetko se događa da upravo obilnost simptomatologije i etiološki kriterij dovode do nedopustivog pojednostavljenja dg zadovoljavajući se pretjeranom samouvjerenošću u pogledu točnosti dg ne vodeći računa da je mogućnost komorbiditeta. Upravo komorbiditentna patologija vrlo je česta uključujući i suicidalno ponašanje sa svim posljedicama koje proizlaze iz te činjenice. To se sve događa iako je razmjerno jednostavna i lako prepoznatljiva "logika" nastajanja depresivnog stanja u oboljelih od PTSP koje onda samo po sebi predstavlja ozbiljnu mogućnost javljanja suicidalnih pulzija, a kada se iste dovede u kontekst inače poznate činjenice unutar PTSP-a, a ta je otežana mogućnost samokontrole impulzivnog ponašanja, onda suicidalne pulzije postaju krajnje ozbiljna činjenica.

Dakle, agresivni impulsi, agresivno ponašanje, raptusi bijesa, karakteristični za PTSP u daljnjem tijeku postaju izvorom osjećaja krivnje koji se s vremenom uz ostale predisponirajuće činitelje polako transformira u depresivno raspoloženje. Depresivno raspoloženje s jedne strane, nemogućnost samokontrole uzrokom su suicidalnog ponašanja u obitelji od PTSP-a znatno češće no što nam se to čini.

Naravno suicidalno ponašanje se javlja u čitavom dijapazonu "suicidalnog pejisaža" od naglim i iznimno obilnim konzumacijama alkoholnih pića u kratkom vremenskom razdoblju preko gotovo samoubilačkih brzina upravljajući motornim vozilima do klasičnog oblika suicidalnog ponašanja. U pokušaju da se da realnija dimenzija ovom problemu u dijagnostičkom i naravno iza toga i u terapijskom pogledu obrađena je skupina oboljelih od PTSP-a kod kojih je dg PTSP postavljena klasičnim strukturiranim psihijatrijskim intervjuom i psihologijskom obradom. Ista skupina je također nakon mjesec dana što je postavljena dg PTSP obrađena još jednom i to na način da je vođen također klasični strukturirani psihijatrijski intervju te da je primijenjena Hamiltonova ocjenska ljestvica za depresiju sa 17 točaka. Rezultati ispitivanja upozoravaju na značajnu pojavu depresivnosti u oboljelih od PTSP-a te da je u takvim slučajevima nužno primijeniti kombiniranu terapiju pri liječenju oboljelih od PTSP-a koja naravno mora sadržavati ozbiljnu antidepressivnu komponentu kao prevenciju suicidalnog ponašanja.

TRAUMATSKO ŽALOVANJE

Maja Bajs, Slađana Štrkalj Ivezić, Patricija Jelačić, Boris Škifić, Vera Folnegović-Šmalc

Traumatsko je žalovanje reakcija osobe na nepovoljan životni događaj, a opisuje ga skupina simptoma koji se javljaju nakon pretrpljenog gubitka emocionalno značajne osobe. Opaženo jest da su simptomi traumatskog žalovanja slični simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja, no nije dovoljno jasna njihova povezanost. Istraživanjem posttraumatskog stresnog poremećaja, uočeno je, da klinička slika poremećaja značajno ovisi o vrsti traumatske izloženosti, odnosno vrsti stresova, pa bi traumatsko žalovanje moglo biti jedna od potencijalnih varijanti sindroma odgovora osobe na stres. Predloženi kriteriji za traumatsko žalovanje čine četiri skupine simptoma. Kriterij A uključuje događaj kada osoba doživi smrt druge značajne osobe, a njen odgovor uključuje intruzivnu, uznemirujuću preokupaciju preminulom osobom (npr. čežnja, nedostajanje traženje osobe.) Kriterij B, kao odgovor osobe na smrt, navodi slijedeće simptome koji su naglašeni i perzistentni; česti napori u izbjegavanju i podsjećanja na umrlog (npr. misli, osjećaji, aktivnosti, ljudi, mjesta); osjećaj besmislenosti ili uzaludne budućnosti; subjektivni osjećaj praznine, otuđenost ili nedostatak emocionalnog reagiranja; osjećaji zapanjenosti, zbunjenosti ili šokiranosti; poteškoće u priznavanju smrti (npr. sumnja); osjećaj da je život prazan ili besmislen; poteškoće zamišljanja ispunjenog života bez umrlog; osjećaj kao da je jedan dio osobe umro; rasut pogled na svijet (npr. izgubljen smisao sigurnosti, povjerenja, kontrole); pretpostavljanje simptoma ili štetnog ponašanja umrle osobe ili se na nju odnosi; pretjerana iritabilnost, gorčina ili ljutnja povezana sa smrću. Kriterij C pretpostavlja trajanje poremećaja najmanje dva mjeseca. Kriterij D navodi da poremećaj izaziva klinički značajno oštećenje na socijalnom, radnom ili drugom važnom području funkcioniranja osobe. Recentna razmatranja uključuju vjerojatnost da postoje dva tipa traumatske stresne situacije – jedna koja primarno nastaje zbog šoka koji izaziva u sustavu preživjeloga i strahu koji proizvodi (PTSP), a druga koja je primarno rezultat utjecaja događaja na identitet i kapacitet savladavanja preživjeloga. Tako bi traumatsko žalovanje pripadalo spektru raznolikih poremećaja vezanih uz gubitak ili poremećaja vezanja, koje karakterizira da se preživjela osoba osjeća trajno onesposobljena i snažno promijenjena zbog gubitka važnog objekta vezanja. Istraživanja potvrđuju da je traumatsko žalovanje povezano s povećanim suicidalnim rizikom te povećanim rizikom za razvoj srčanih poremećaja, zlouporaba sredstava ovisnosti, oštećenja u socijalnom i fizičkom funkcioniranju, otklona općeg zdravlja organizma, povećane tjelesne boli i smanjenja energije. Traumatsko žalovanje može biti povezano s klinički značajnim distresom i poremećajem funkcioniranja osobe. Tijekom našeg rada s civilnim osobama traumatiziranim tijekom Domovinskog rata opservirali smo različite kliničke slike poremećaja, ovisno o vrsti stresora, koje se nužno ne moraju poklapati s kriterijima za posttraumatski stresni poremećaj no dovode do jednake onesposobljenosti pacijenta, što odgovara studijama opisanima u literaturi. Traumatsko žalovanje razmatra se kao poseban dijagnostički koncept, jedinstven ili u sklopu poremećaja koji nastaju kao reakcija na stresor, a klinička iskustva ukazuju na povezanost simptoma traumatskog žalovanja s visokom stopom suicidalnog ponašanja.

RAZLIKE U RANGIRANJU RAZLOGA ZA ŽIVOT IZMEĐU OBOLJELIH OD PTSP-a I PROFESIONALNIH VOJNIKA SA BORBENIM ISKUSTVOM

Tihana Jandričko, Andrea Jambrošić, Petra Folnegović-Grošić, Vesna Matulić-Karadole, Anita Alegić, Dubravka Kocijan-Hercigonja

Fenomen suicida se prati kroz povijest čovječanstva. Postoji niz čimbenika koji doprinose pojavi suicidalnosti. U ovom radu prikazali smo razloge za život kao čimbenike koji doprinose pojavi suicidalnosti u dvije analizirane skupine ispitanika.

Cilj je ovog prikaza dokazati razliku u razlozima za život između oboljelih od PTSP-a i kontrole skupine.

Hipoteza je da postoje značajne razlike u rangiranju razloga za život između kontrolne i eksperimentalne skupine.

Eksperimentalnu skupinu čine 89 bolesnika hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama.

Dijagnoza PTSP-a je postavljena korištenjem kriterija iz MKB-10 klasifikacije. Kontrolnu skupinu čini 103 profesionalna vojnika sa borbenim iskustvom koji do sada nisu tražili pomoć psihijatra.

Rezultati pokazuju da postoji razlika u vrednovanju razloga za život između ispitivanih skupina. Dobivene razlike u rezultatima vrijedan su doprinos boljem razumijevanju problema PTSP-a, što omogućuje uspješnije kreiranje tretmana tih pacijenata.

Smatramo da bi korištenje upitnika radi jednostavnosti njegove primjene trebalo ući u rutinski dijagnostički pristup kod oboljelih od PTSP-a.

APEL FENOMEN OSOBA S PTSP

Lončar M. Horvat S, Lažeta K.

U radu s osobama s Posttraumatskim stresnim poremećajem često smo se susretali s osobama, koje su pokazivale suicidalno ponašanje. Tijekom 6-mjesečnog perioda smo kod takovih osoba, koji simptomi iz kliničke slike "Apel fenomena" se najčešće susreću kod pojedinih subkategorija suicidalnih osoba.

Analiza dobivenih rezultata je pokazala, da se kod osoba ženskog spola najčešće javlja verbalizacija suicidalnih namjera, prijetnje suicidom i odlazak stručnjaku sa željom za pomoći, dok se kod osoba muškog spola najčešće susrećemo s agresivnim ponašanjem, nesanicama, smetnjama pažnje, impulzivnošću i pasivni suicid.

EPIDEMIOLOGIJA

SAMOUBOJSTVA NA OSJEČKOM PODRUČJU

Nikola Mandić

Sustavno se istražuje epidemiologija i karakteristike suicidanata na osječkom području u posljednjih 30 godina. U ranijem 20-godišnjem periodu koeficijent samoubojstva bio je oko 16, nešto više od prosjeka za Republiku Hrvatsku koji je iznosio 15-16. Za ovo istraživanje odabrali smo dva vremenska perioda; period od 1970. do 1979. godine i period od 1990. do 1999. godine s posebnim interesom za koeficijent samoubojstva u ratnom i poratnom periodu, za spol i dob suicidanata, te način samoubojstva. Dalje smo se interesirali o pojavi samoubojstva i karakteristikama suicidanata kroz posljednji period na području općine Donji Miholjac, Đakovo i Valpovo. Svi podaci o suicidantima odobreni su od županijske policijske uprave Osijek.

Tijekom perioda od 1970. do 1979. godine na osječkom području (160.000 stanovnika) počinjena su 254 samoubojstva (169 muških i 85 ženskih). Koeficijent samoubojstva bio je 16, a odnos muških i ženskih bio je 67:33%. Najčešći načini samoubojstva bili su vješanjem (56%) i utapljanjem (14%). Samoubojstva po godinama bila su od 14 (1978.g.) do 39 (1976.g.).

U posljednjem 10-godišnjem periodu na području općine Osijek izvršeno je 285 samoubojstava. Koeficijent samoubojstva u ovom periodu je 18, što znači da je porastao za 2 ili 11%. Odnos muških i ženskih je 71:29%, praktički jednak onom iz prijeratnog perioda. Najmanje samoubojstava u ovom periodu bilo je 1990.g. kada je počinjeno 15, a najviše je počinjeno 1997.g. (42 osobe).

I u ovom periodu vješanjem (51%) je na prvom mjestu po načinu samoubojstva, međutim na drugom mjestu je suicid vatrenim oružjem s 25%.

Na području Osijeka, Donjeg Miholjca, Đakova i Valpova u posljednjih 10 godina izvršeno je 576 suicida, najviše 1992. i 1997. po 70, zatim 1993. (67) i 1994. (64%) a najmanji broj je 1995. (46).

Tijekom 1992.g. ubilo se najviše muškaraca (60), a žena 10. Gledano po dobnim skupinama starijih od 50 godina je bilo 318 ili 55%, a preko 35 godina 433 ili 77%. Do 25 godina starosti bilo je 58 ili 10%, a 23% je bilo do 35 godina. Bolest je povod samoubojstvu kod 260 suicidanata, starost kod 24, a nepoznati uzrok je u 292 osobe.

1. 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
Ukupno	169	85	254	Ukupno	201	84	285
%	67	33	100	%	71	29	100

2. Način samoubojstva po periodima

Način	1970-1979	%	1990-1999	%
Vješanjem	210	56	291	51
Utapanjem	51	14	37	6
Bacanje s visine i pod vlak	39	11	29	5
Vatreno oružje	27	7	142	25
Trovanjem	27	7	25	4
Hladno oružje	19	5	9	2
Nepoznato	-	-	43	7
Ukupno	373	100	576	100

3. Samoubojstva po spolu u dva perioda

1970-1979			1990-1999		
Muški	Ženski	UKUPNO	Muški	Ženski	UKUPNO
169	85	254	425	151	576
67%	%	100%	%	6%	100%

4. Samoubojstva na području općina Osijek, Donji 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

5. Samoubojstva po dobnim skupinama

Godina	do 25	26-35	35-50	51-65	66 -	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	17	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

6. Načini samoubojstva u općini Osijek u periodu od 1990-1999.g.

Godina	Vješanje	Vatreno oružje	Utapanje	Bacanje s visine	Trovanjem	Hladno oružje	Nepoznato
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

7. Samobojstva 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

8. Razlog samoubojstva

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

SUICIDI NA ZADARSKOM PODRUČJU PRIJE, TIJEKOM I NAKON RATA

Ante Gilić, Dario Vučenović

Broj suicida i stopa suicida u zadarskoj regiji prije rata bila je izrazito niska i kretala se od 4,84/100.000 do 12,9/100.000. Prosječan broj suicida prije rata je 15 godišnje, a prosječna stopa je 7,94/100.000.

Tijekom rata dolazi do porasta broja suicida i stope suicida. Prosječan broj je 27 godišnje, a prosječna stopa je 15,06/100.000, izraženo Hi kvadrat vrijednostima to je statistički značajan porast.

Nakon rata prve tri godine broj suicida je nešto niži i iznosi 20 godišnje, uz stopu od 11,1/100.000.

1999.g. dolazi do nagle eksplozije od 38 samoubojstava, što čini stopu od 21/100.000.

Značajno je da su neke kategorije pacijenata koje učine suicid podjednake po broju prije, tijekom i nakon rata (pacijenti s kroničnim duševnim oboljenjem i alkoholizmom), a raste kategorija pacijenata s dijagnozom reaktivne depresije od 10% prije rata, preko 6,6% tijekom rata do 42,66% nakon rata i signifikantnih 52,9% za 1999. godinu.

SUICIDI U RATNIM I PORATNIM PERIODIMA 1940-1950. I 1990-2000.

J. Morović, S. Morović, M. Fučkar

(Preliminarno izvješće)

Na uzorku preko tri tisuće suicida na području Zagreba i okolice, a prema podacima Zavoda za sudsku medicinu i kriminalistiku, Medicinskog fakulteta u Zagrebu, u periodima 1940-1950.g. i 1999-2000.g. pokušali smo ustanoviti i pronaći sličnosti, razlike i karakteristike počinjenih suicida. Razmotrili smo i uspoređivali, kako sredstva korištena pri izvršenju kao izvršenih suicida, tako i grupe razvrstane po spolu, dobi, stručnoj spremi i praćenoj dijagnozi.

Razlike koje smo uočili i koje su rezultat dobiven statističkom obradom, kazuju kako ih nije moguće tumačiti isključivo kroz psihijatrijski aspekt, već ih je potrebno promatrati i tumačiti interdisciplinarnim pristupom.

Cilj nam je tijekom daljnje obrade dobivenih podataka eventualno spoznati globalne razloge zašto su suicidi počinjeni, posebice imajući u vidu dobnu skupinu, vezano uz moguću dijagnozu PTSP-a, značajno prisutnu u periodu 1999-2000.g.

Ustanovili smo da za tu skupinu ne postoji paralelna skupina u periodu 1940-1950.g. a što je i bila početna ideja i hipoteza ovog rada istraživanja.

SAMOUBOJSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ (analiza mortalitetnih podataka)

Definis Gojanović M, Smoljanić A., Erceg M., Marušić Ž.

U radu se iznose neka osnovna razmišljanja o fenomenu samoubojstva te analiziraju državni statistički podaci o suicidima u Republici Hrvatskoj od 1985. do 1999. godine, s posebnim osvrtom na kretanja u ratnim godinama. U promatranom razdoblju broj samoubojstava održava se približno na istoj razini s prosječnom godišnjom stopom od 4/100.000 stanovnika, ali sa značajnim razlikama u pojedinim županijama. Prosječna spolno specifična stopa samoubojstava trajno je viša za muškarce i jače koleba za razliku od specifične stope za žene koja je znatno niža i mnogo stabilnija. Veći broj samoubojstava počinjavaju muškarci mlađe i srednje životne dobi. Raspravlja se o mogućem utjecaju sociopolitičkih i ekonomskih promjena na stope samoubojstava te predlažu određene preventivne mjere.

NAČINI IZVRŠENJA SUICIDA U REPUBLICI HRVATSKOJ U RAZDOBLJU 1993-1998. GODINE

Grubišić-Ilić Mirjana, Kozarić-Kovač Dragica

Cilj je istraživanja bio ustanoviti načine izvršenja suicida u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 1993-1998. god. čime su obuhvaćene tri ratne i tri poslijeratne godine.

U istraživanju su korišteni podaci iz Registra o nestalim osobama, suicidima i povredama Ministarstva unutrašnjih poslova Republike Hrvatske. Registar nastaje na temelju istrage koju provode ovlašteni službeni djelatnici MUP-a o razlogu i uzroku smrti u slučajevima: nagle smrti nejasnog uzroka, suicida sumnji na nasilnu smrt itd.

Osobe koje su pokušale suicid evidentirane su, ukoliko je policija o tomu obaviještena, ali nema podataka o daljnjem tijeku i ishodu nakon liječničke intervencije.

Prema navedenoj evidenciji, u razdoblju od 1993-1998. god. u Republici Hrvatskoj 5365 osoba je počinilo suicid (odnos muškarci:žene bio je 3,01:1).

Najčešći načini izvršenja suicida na cjelokupnom teritoriju Republike Hrvatske bi je vješanje (54,10%), a zatim slijedi uporaba oružja i eksplozivnih sredstava (25,95%). Ostali načini izvršenja suicida korišteni su u značajno manjem broju: skok s visine (7,3%), utapanje (4,18%), bacanje pod vlak/auto (3,26%) i trovanje psihoaktivnim sredstvima (3,55%).

Ustanovljena je statistički značajna razlika u nekim oblicima izvršenja suicida između područja Republike Hrvatske koja su bila direktno zahvaćena ratnim djelovanjem u odnosu na

područja koja nisu bila direktno zahvaćena ratnim djelovanjima u odnosu na područja koja nisu bila direktno zahvaćena ratnim zbivanjima (hi kvadrat = 30,1, $p < 0,01$). Oružje i eksplozivna sredstva su češće korištena u područjima direktno zahvaćenim ratnim zbivanjima (hi kvadrat = 56,21, $p < 0,01$); nakon toga, na istoj području, slijedi utapanje (hi kvadrat = 15,17, $p < 0,01$). U ostalim načinima izvršenja suicida nema statistički značajne razlike između ta dva područja. U poratnom razdoblju, u odnosu na ratno vrijeme, uočava se tendencija opadanja broja suicida izvršenim oružjem ili eksplozivnim sredstvima (god. 1993.–19,3% a 1998.–13,2%). Ostali načini izvršenja suicida pokazuju blaže oscilacije tijekom istraživanog razdoblja, ali bez značajnih razlika (god. 1993.–17,2%, a u 1998.–17,1%).

Rezultati istraživanja pokazuju da su dostupnost sredstava izvršenja suicida kao i njihova pretpostavljena učinkovitost značajni čimbenici u izboru načina izvršenja suicida.

OTPRILIKE SVAKI TRIDESETPETI HRVAT ZAVRŠI ŽIVOT SAMOUBOJSTVOM

Mario Živković

Ako se nastavi broj samoubojstava koliki je bio do sada, u Hrvatskoj sada živi oko 75.000 ljudi, koji će život završiti samoubojstvom.

U Varaždinskoj i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji u 1998. godini samoubojstvo je učinilo tri i pol puta više ljudi nego u Splitsko-dalmatinskoj i Zadarskoj županiji.

Velike regionalne razlike ukazuju na to da ekonomske i socijalne neprilike nisu odlučujući čimbenik za odluku o samoubojstvu. Tu se radi o specifičnoj reakciji jednog dijela ljudi na neprilike, koje doživljavaju. Oni se skoncentriraju na neprilike i doživljavaju i procjenjuju svoj situaciju krajnje negativno, a također procjenjuju da se neće promijeniti na bolje pa izlaz traže u pokušaju prekidanja života.

Velike regionalne razlike u broju samoubojstava ukazuju također na to, da se odgovarajućim informativnim i odgojnim radom može utjecati na broj samoubojstava na nekom području.

Velik dio ljudi, koji su spriječeni u pokušaju samoubojstva više ga ne pokušavaju. To je znak, da i sami uviđaju nerealnost svojih procjena na temelju kojih su pokušali samoubojstvo.

Kvaliteta života osoba, koje razmišljaju o samoubojstvu je očito na vrlo niskom nivou.

Smatramo dakle da se odgovarajućim djelovanjem može utjecati na smanjenje broja pokušaja samoubojstava.

Pravac djelovanja bi mogao biti u odgovoru Majke Tereze na pitanje o samoubojstvu kada je rekla: "Ljudi koji doživljavaju da ih netko voli i želi ne traže smrt".

Također bi moglo pomoći svjesno širenje realističnog procjenjivanja vlastite situacije, koje uz neprilike primjećuje i uzima u obzir i pozitivno u životu. Tu je posebno važno da se ukazuje na činjenicu da je jedino u nastavku života moguće poboljšanje. Samoubojstvom se definitivno isključuje mogućnost poboljšanja životnih prilika. Realizam oslobađa od misli o samoubojstvu kao izlazu.

Analiza podataka o samoubojstvima u Hrvatskoj kroz zadnjih 10 godina ne pokazuje porast broja samoubojstava niti porast broja muškaraca koji završavaju život samoubojstvom. Iz toga slijedi da ratna iskustva sama po sebi nisu u Hrvatskoj povećala broj samoubojica, nego je zbog velikog sudjelovanja muškaraca u domovinskom ratu i broj branitelja koji se ubijaju znatan.

Ostvarivanje lijepog i uspješnog obiteljskog života baziranog na slobodno odabranoj, nježnoj, trajnoj, angažiranoj, ozbiljnoj i zreloj ljubavi između žene i muškarca i sličnoj takvoj njihovoj ljubavi prema svoj njihovoj djeci, sigurna je prevencija samoubojstava. Zadovoljni ljudi ne pokušavaju samoubojstvo.

Prilažemo podatke o samoubojstvima u 1998. god. prema podacima Državnog statističkog ureda. Tekst i podatke je priredilo osoblje Obiteljskog centra, Kaptol 10, Zagreb. Ukoliko želite dodatne informacije i objašnjenja možete se javiti Obiteljskom centru. Tel. 3697026, fax 3697145.

Molimo djelatnike u mas medijima da budu promišljeni u obavještavanju o samoubojstvima.

Iznošenje podataka o velikom broju samoubojstava kod ljudi koji pomišljaju na samoubojstvo može biti dodatni poticaj da ga pokušaju. Tumačenje izvršenih samoubojstava teškim obiteljskim osobnim, socijalnim ili ekonomskim prilikama također može biti nekima dodatni poticaj za pokušaj samoubojstva. Kod objašnjavanja o izvršenim ili pokušanim samoubojstvima važno je utkati činjenicu da je to bila pogrešna i nedjelotvorna reakcija na životne neprilike. Savjesnim, opreznim i promišljenim obavještavanjem o samoubojstvima moguće je pomoći ljudima da ne pokušaju samoubojstvo.

SAMOUBOJSTVA U HRVATSKOJ U 1998. GODINI PO ŽUPANIJAMA (Izvor. Državni zavod za statistiku)

Županija	Broj stanovnika	Samoubojstva			Samoubojstvo na 100000 stanovnika	Broj umrlih	Na koliko umrlih jedno samoubojstvo
		Uku.	Muž.	Žen.			
Zadarska	212920	25	13	12	11,73	1607	64,28
Splitska	474019	66	43	23	13,90	4550	68,93
Dubrovačka	126329	19	11	8	15,7	1323	69,63
Požeška	99334	16	12	4	16,16	1063	66,43
Karlovačka	184557	31	26	5	16,84	2032	65,54
Vukovarska	231241	40	26	14	17,31	2166	54,15
Sisačka	251023	44	34	10	17,52	2358	53,59
Međimurska	119886	21	18	3	17,64	1351	64,33
Šibenska	152447	27	15	12	17,76	1357	50,20
Sl. Brodska	174998	34	28	6	19,54	1972	58,00
Osječka	367193	73	47	26	19,89	4081	55,90
Grad Zagreb	777826	156	112	44	20,5	8727	55,94
Riječka	323130	68	49	19	21,5	3567	52,45
Istarska	204436	43	33	10	21,7	2167	50,39
Zagrebačka	283296	74	59	15	26,14	3410	46,08
Virovitička	104625	30	23	7	28,84	1323	44,10
Koprivnička	129379	41	31	10	31,78	1803	43,97
Krapinska	148779	51	34	17	34,22	2104	41,25
Ličko-Senjska	86992	32	25	7	36,78	858	26,81
Varaždinska	187853	78	59	19	41,48,	2486	31,87
Bjelovarska	144042	60	47	13	41,66	2006	33,42
Hrvatska	4784265	1029	745	284	21,50	52311	50,83

U Hrvatskoj u dobi

godina	ukupno	muški	ženski
10-14 godina	5	3	2
15-19 godina	34	27	7
20-24 godina	41	34	7
25-29 godina	52	43	9
65-69 godina	11	78	33
70-74 godina	89	56	33
75-79 godina	60	31	29
80-84 godina	30	26	4
85 i više	30	20	10

Samoubojstva muškaraca – na koliko umrlih jedno samoubojstvo

Županije	%
Hrvatska	35,31
Zadarska ž.	61,76
Splitska ž.	52,90
Dubrovačka ž.	60,18
Varaždinska ž.	21,06
Bjelovarska ž.	21,34

Samoubojstva u Hrvatskoj po godinama

Godina	ukupno	muških	ženskih	Godina	ukupno	muških	ženskih
1997.	949	693	256	1996.	1002	739	262
1995.	930	688	242	1994.	1088	801	287
1993.	1088	776	312	1992.	1156	858	298

EPIDEMIOLOGIJA SAMOUBOJSTVA

Marija Vinković-Grabarić

Postoji 5 domena faktora rizika za samoubojstvo. Ti faktori rizika čine teorijski model preklapanja, važan za razumijevanje suicidalnog ponašanja, a koji može pomoći liječniku u kliničkoj intervenciji i prevenciji, kao i u istraživačke svrhe.

Ti faktori rizika obuhvaćaju cijeli životni ciklus svih starosnih grupa, a uključuju:

1. Psihijatrijsku dijagnozu
2. Poremećaje i crte osobnosti
3. Psihosocijalne i faktore okoline
4. Genetske i obiteljske faktore
5. Biokemijske faktore

TRANSGENERACIJSKI PRIJENOS SUICIDALNIH IMPULSA

Genetski i obiteljski faktori

Obiteljska povijest samoubojstva je značaj faktor rizika za samoubojstvo.

Objašnjenje za tu povezanost uključuje identifikaciju i oponašanje člana obitelji, koji je počinio samoubojstvo, postojanje obiteljskog stresa ili bolesti, prijenos genetskih faktora za suicidalni impuls i prijenos genetskih faktora za psihijatrijske poremećaje. Dokazi za to potječu iz različitih tipova istraživanja, uključujući studije o blizancima, usvojenoj djeci, studije o obiteljskim rizicima, itd. Istraživanja psihijatrijskih pacijenata, koji se liječene bolnički, pokazuju da je 50% osoba s obiteljskom poviješću samoubojstava pokušalo samoubojstvo, te da više od polovice svih pacijenata s obiteljskom poviješću samoubojstva ima primarnu dijagnozu poremećaja raspoloženja.

Literatura:

Sorenson SB, Rutter MC, Transgenerational patterns of suicide attempt, Consult Clin Psychol 1991;59:861-866.

Johnson BA, Brent DA, Bridge J, Connolly J, The familial aggregation of adolescent suicide attempts. Acta Psychiatr Scand 1998;97:18-24.

RATNA TRAUMA TE SOCIODEMOGRAFSKA OBILJEŽJA I NEKE SKLONOSTI SAMOUBOJICA – PRIPADNIKA HRVATSKE VOJSKE

Suzana Štefan, Sanja Bender Horvat i Tomislav Filjak

Još uvijek ne postoji jedinstvena i povezana teorija koja bi objašnjavala pojavu i čimbenike samoubojstva. Općenito je poznato kako na pojavu samoubojstava uopće djeluju mnogi individualni, endogeni, čimbenici (crte osobnosti, čuvstvena zrelost, nasljedne osobine, sklonost rizičnom ponašanju i sl.) te okolinski, egzogeni, čimbenici (u prvom redu sociokulturalni čimbenici, kao npr. materijalni i stambeni uvjeti u kojima je osoba živjela, razorena obitelj u djetinjstvu, nedostatak ili gubitak međuljudskih odnosa, profesionalne i financijske poteškoće i dr.). Pri raščlambama pojma predispozije za samoubojstvo navodi se kako više od polovice samoubojica nisu osobe s psihičkim poremećajima. Takve osobe prije samoubojstva nisu zamjetljive poremećaje u socijalnom i profesionalnom pa ni čuvstvenom funkcioniranju. Pored osobina ličnosti koje povećavaju vjerojatnost samoubojstva (npr. nezrelost, neuroticizam, psihopatologija i sl.) uvijek se naglašava i važnost određenih životnih situacija (posebna fiziološka stanja, kritične i traumatske situacije, životna dob, hospitalizacija, alkoholizam i druge ovisnosti, depresivne faze i psihičke teškoće te sl.).

Slijedom navedenog, nastojali smo ispitati problem vezan uz samoubojstvo u vojsci obzirom na doživljenu ratnu traumu. Odnosno, odgovoriti na pitanje postoje li razlike u sociodemografskih obilježjima i sklonosti rizičnom ponašanju samoubojica našeg uzorka, u odnosu na to jesu li te osobe doživjele ratnu traumu ili uopće nisu doživjeli ratno traumatsko iskustvo. U analizirani uzorak (N=83) uključene su osobe koje su počinile samoubojstvo (do 1996.god.), a bile su pripadnici Hrvatske vojske.

Prema analizi psihološke autopsije i izraženog mišljenja Odjela za vojnu psihologiju o povodima samoubojstava, uzorak je podijeljen u tri skupine:

1. skupina = osoba je doživjela isključivo ratnu traumu;
2. skupina = doživljena ratna trauma u kombinaciji je s nekim drugim nepovoljnim čimbenicima; te
3. skupina = uopće nisu doživjeli ratno traumatsko iskustvo.

U statističku obradu uzeta je 21 varijabla koja opisuje različite oblike ponašanja te sociodemografska obilježja i uvjete u kojima je osoba odrasla i živjela. Jednostavnom analizom varijanci provjerene su statističke značajnosti razlika između skupina.

Dobiveni rezultati mogu poslužiti, kako za objašnjenje mehanizama koji eventualno pokreću suicidalno ponašanje ili bar u prepoznavanju takvih osoba, ali s druge strane, vrijedni su i za uspješniju prevenciju suicidalnog ponašanja osoba koje okolica prepoznaje kao "normalne osobe".

Depresivno stanje često se navodi kao jedan od uzroka samoubojstva, u načelu je povezana sa "skupljanjem loših životnih iskustava" kao što su razočarenja i rane. Kad se nakupi određen broj takvih "markica razočarenja" dolazi do kliničke manifestacije depresije koja može biti praćena osjećajem bezvrijednosti života i suicidalnošću. Rana trauma također se može promatrati kao uzrok pojave depresije i konačno manifestnog samoubojstva.

UČESTALOST POKUŠAJA SUICIDA NA HITNOM PSIHIJATRIJSKOM PRIJEMU KB SPLIT

Špiro Janović, Karmen Kovačević

Prema izvještaju američkog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje incidencija počinjenih suicida je 12:100000 ljudi u općoj populaciji (1). Jedan od najznačajnijih čimbenika povećanog suicidalnog rizika je prethodni pokušaj suicida. Od ostalih se spominju: muški spol, starija dob. Psihijatrijski poremećaji (poremećaji raspoloženja, ovisnosti), nezaposlenost, somatske bolesti i dostupnost sredstava za izvršenje suicida. Odnos pokušaja suicida i dovršenih suicida je 23:1. Rizični su čimbenici za pokušaj suicida: ženski spol, mlađa životna dob, verbalizacija suicidalnih ideja, fantazije o suicidu i prethodni pokušaji suicida. Pokušaj suicida jedna je od dijagnostičkih kategorija u psihijatriji koja zahtjeva hitno zbrinjavanje pacijenata (2).

Cilj rada je utvrđivanje učestalosti dijagnostičke kategorije pokušaja suicida na hitnom psihijatrijskom prijemu KB Split tijekom godinu dana i karakteristike pacijenata s tom dijagnozom.

Rad je baziran na evaluaciji prijemne dokumentacije hitnog psihijatrijskog prijema KB Split od 09.1999. do 09.2000.

Tijekom evaluiranog razdoblja na hitnom psihijatrijskom prijemu pregledano je 3505 pacijenata. Hospitalizirano je 1881 (53,665) pacijenata, a 1624 (46,33%) nakon pregleda upućeno je na ambulantno psihijatrijsko liječenje. Od ukupnog broja pregledanih pacijenata 121 (3,45%) pacijent psihijatrijski je pregledan zbog uputne dijagnoze pokušaj suicida. Nakon pregleda na hitnom prijemu, 77 (63,63%) pacijenata je hospitalizirano, a 44 (57,14%) pacijenata je zadržano na opservaciji do 24 sata, a na duljem liječenju u psihijatrijskom odjelu zadržano je 33 (42,86%) pacijenata.

Od ukupnog broja pacijenata s dijagnozom pokušaj suicida bilo je 52 (42,97%) žena i 69 (57,02%) muškaraca. U skupini hospitaliziranih pacijenata bila je 31 (40,25%) žena i 46 (59,74%) muškaraca. U skupini nehospitaliziranih bilo je 21 (47,72%) žena i 23 (57,27%) muškaraca. Prosječna dob u skupini hospitaliziranih pacijenata bila je 38,6 g. za žene i 36,8 g. za muškarce. U skupini nehospitaliziranih prosječna dob iznosi 36,8 g. za žene i 35,6 g. za muškarce.

Prema ovim rezultatima, odnos hospitaliziranih i nehospitaliziranih pacijenata s dijagnozom pokušaja suicida iznosi 2:1.

Suvremene smjernice za liječenje suicidalnosti uglavnom ne preporučuju psihijatrijsku hospitalizaciju kao prvi izbor u liječenju pacijenta. Veća učestalost hospitalnog liječenja pokušaja suicida vjerojatno ukazuje na nedostatke specifičnih psihijatrijskih i ostalih službi za zaštitu mentalnog zdravlja. Ukupan broj pokušaja suicida muškaraca premašuje ukupan broj pokušaja suicida žena 14%. S obzirom na suprotne izvještaje iz svjetske literature, istraživanje treba proširiti na veći uzorak i šire vremensko razdoblje radi evaluacije eventualnih specifičnosti vezanih za aktualne socio-ekonomske okolnosti.

Prosječna dob u obje ispitivane skupine pokazuje pomak k mlađoj dobnoj skupini što odgovara prepoznatoj svjetskoj tendenciji u ovoj dijagnostičkoj kategoriji (3).

Pacijenti s dijagnozom pokušaja suicida čest su i značajan problem pri hitnom psihijatrijskom prijemu. Obzirom na značaj pokušaja suicida u sklopu sveobuhvatnog liječenja suicidalnosti, potrebno je razviti preciznije kriterije za evaluaciju suicidalnog rizika kao i sustavno praćenje različitih skupina pacijenata u okviru regije, u skladu s principima psihijatrije u zajednici.

Literatura:

Hillard R.J. *Predicting Suicide. Psychiatr Serv* 1995 vol 46.3712-8

Folnegović-Šmalc V. *Suicidalnost-pristup, pojmovi i definicije. U: Kocijan-Hercigonja D, Folnegović-Šmalc V. Ur. Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti. Priručnik Ministarstvo hrvatskih branitelja 6-9 1999 Zagreb.*

Kovčo I, Orlović V. *Samoubojstva na području Splitsko-dalmatinske županije. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu. 34/45-46, 1997, str.115-131*

SUICID-IZBOR POJEDINCA ILI IZBOR DRUŠTVA SUICIDI U REPUBLICI HRVATSKOJ 1960-1999. GODINE

Vesna Šendula-Jengiđ, Gordan Bošković

Suicid je fenomen od velike društvene važnosti i interesa ne samo u psihijatriji, nego i u psihologiji, sociologiji, filozofiji, antropologiji i drugim znanostima. Suicid nije dijagnoza. On je rezultat duboke disfunkcionalnosti u ravnoteži između pojedinaca i okoline. Različiti stresovi dovode do sustavne dezorganizacije i krize sa mogućom dezorganizacijom njenih članova kao dijelova sustava.

Destruktivne poruke iz okoline od znakovitog su utjecaja na oblikovanje samoubilačkog ponašanja. Ono postaje drastičan oblik komunikacije kojim suicidalant ostvaruje osobit učinak na okolinu.

Individualni rizici za suicid su determinirani predispozicijama ličnosti, postojanjem značajnih kriznih situacija te faktorima koji uključuju dob, spol, bračno stanje, obiteljsku anamnezu afektivnih poremećaja, alkoholne ovisnosti te suicida, specifičnim poremećajima i bolestima kod kojih je utvrđena visoka rizičnost od suicida.

Individualni psihijatrijski pristup suicidalnosti daje doprinos razumijevanju suicidalnog ponašanja, ali nije dostatan za njegovu efikasnu prevenciju i terapiju.

Broj suicida u RH u stalnom je porastu od 1960. do 1999. god. Taj broj se udvostručio od 1960. god. kada je bilo 569 suicida do 1987. – 1153 suicida i dalje progresivno raste. Stope samoubojstva izračunate u tzv. popisnim godinama u RH također pokazuju porast. 1961. god. stopa samoubojstava iznosila je 14,54 na 100000 stanovnika, 1971. god. iznosila je 18,71; 1981 – 20,93; 1991. god. 23,87 te konačno 1999. god. (izračunata prema popisu stanovnika 1991. god. pa je treba uzeti s rezervom zbog ratnih migracija stanovništva) iznosila je 20,67 na 100000 stanovnika. Tijekom promatranog perioda udio muškaraca u suicidima bio je značajno veći nego žena (2,5:1). Distribucija suicida prema dobnim razredima pokazuje značajan porast suicida već u

dobnom razredu od 15-24 godine. U srednjoj i starijoj životnoj dobi broj suicida je izjednačen s prevagom suicida starije životne dobi u zadnjih nekoliko godina. Uz dobivene pokazatelje potrebno je spomenuti i tzv. tamne brojke iz grupe različitih "slučajnih" uzroka smrti.

Autori su u svom radu prikazali i distribuciju suicida u RH od 1993-1997. god. prema Županijskom teritorijalnom ustroju.

Rezultati dobiveni ovim radom ukazuju na potrebu dodatnih istraživanja unutar pojedinih regionalnih entiteta kako bi se analizom individualnih, interpersonalnih i sociokulturnih faktora utvrdila eventualna etiologija razlikovnih osobitosti. S obzirom na kvalitetu raspoloživih podataka za epidemiologiju suicida postoji potreba osnivanja nacionalnog centra za praćenje i prevenciju suicida s standardiziranim obrascima prikupljanja svih relevantnih podataka. U prevenciji suicida, od osobite je važnosti kvalitetna i dostupna mreža udruga sa profesionalnom ekipom, ali i priučenim volonterima različitih....

UČESTALOST SUICIDA U PERIODU OD 1998. DO 1999. GODINE NA DUBROVAČKOM PODRUČJU

Hrvoje Marković, Nada John

Pokušali smo proučiti kretanje suicida na području grada Dubrovnika te njegove bliže okolice na osnovi podataka dobivenih iz Policijske uprave za 12-godišnji period. Analiziranjem podataka o učestalosti suicida prema dobi i spolu, praćenja mjeseci u godini i godišnjeg doba, kao i metode suicidalnog akta, nastojali smo uočiti zajedničke karakteristike osoba koje su počinile suicid. Također smo pokušali pratiti period tijekom predratnih (1988-1990.g.), ratnih (1991-1993.g.), u kojima su bila najintenzivnija ratna događanja na dubrovačkom području te kako smo ga nazvali prvog (1944-1996.g.) i drugog (1997-1999.g.) poslijeratnog perioda.

U ukupnom broju od 156 počinitelja suicida bilo je 42 žene i 79 muškaraca. Najviše suicida bilo je tijekom 1998. g., a najmanje tijekom 1989.g., uočen je poslijeratni porast u broju suicida. Primijećeno je da muškarci u pravilu češće počine suicid od žena, ali je uočen nešto veći udio žena tijekom ratne 1993. i poratne 1994. godine. Najveći broj suicida primijećen je kod starije dobne populacije (iznad 65 godina), tijekom ratnog perioda osobe do 35 godina sačinjavale su gotovo 50% od ukupnog broja počinjenih suicida, dok je u drugom poratnom periodu oko 50% osoba srednje životne dobi (od 35 do 55 godina života). U šestom i jedanaestom mjesecu bilo je najviše suicida, a uočeno je da zimi ima nešto manje suicida nego tijekom ostalih godišnjih doba. Najčešća metoda suicida je vješanje (39,7%), a ostale česte metode su skok sa visine (19,0%), vatreno oružje (17,4%) i utapanje (14,9%).

EPIDEMIOLOŠKI PRIKAZ IZVRŠENIH SAMOUBOJSTVA U HRVATSKOJ U RAZDOBLJU OD 1985. – 1988. GODINE

Vlasta Hrabak-Žerjavić, Zdenko Folnegović, Verica Kralj, Maja Silobrčić-Radić, Ivana Brkić

Hrvatska pripada među zemlje sa srednje visokom stopom mortaliteta radi samoubojstva. Međutim, broj izvršenih samoubojstava (1985. godine 1050; 1990. godine 1142; 1995. godine 930; 1998. godine 1029) kao i stopa mortaliteta radi samoubojstva u Hrvatskoj nije se posljednjih petnaestak godina značajnije mijenjala, u razdoblju od 1990. do 1998. godine opća stopa izvršenih samoubojstava oscilirala je za muškarce u rasponu od 29,7 (1995.) do 13,5 (1987. i 1990.g.) na 100.000, a za žene od 9,8 (1995.) do 13,5 (1987. i 1990.g.) na 100.000. U istom razdoblju omjer stopa mortaliteta u muškaraca i žena kretao se od 2,53 do 3,06 na štetu muškaraca.

Treba upozoriti na porast izvršenih samoubojstava u dobi 15-19 godina, što je zabilježeno i u nekim drugim zemljama, ali i u osoba u dobi 65 i više godina. Isto tako značajno je porastao udio samoubojstava izvršenih vatrenim oružjem i eksplozivom, posebice u muškaraca u ratnim i poratnim godinama. Ovakvo stanje odraz je vjerojatno lakše dostupnosti vatrenom oružju u ratnom i poratnom razdoblju, jer su ispitivanja u pojedinim zemljama, posebice SAD, pokazala da udio samoubojstava izvršenih vatrenim oružjem uvelike ovisi o dostupnosti vatrenog oružja pučanstvu. Prema bazi podataka programa "Zdravlje za sve" Svjetske zdravstvene organizacije standardizirana stopa smrtnosti zbog samoubojstva u Hrvatskoj bila je 1995. godine niža od prosjeka za Europu, ali više od prosjeka zemalja Središnje i Istočne Europe. S obzirom na trend opadanja stopa mortaliteta radi samoubojstva za Europu 1997. godine Hrvatska bilježi višu standardiziranu stopu smrtnosti od prosječne za Europu. Višu stopu bilježi susjedna Slovenija i Mađarska, dok je stopa za Austriju nešto niža.

SVJETONAZOR

STAVOVI PREMA SUICIDU-DA LI SU ONI ZAISTA RAZLIČITI U RAZLIČITIM KULTURAMA?

Kocmur Marga

Razmatrana su neka opća pitanja o smrti i strahu pred smrću kao i neki ljudski pokušaji kako smrt izbjeći ili kako produžiti život.

Koncept stavova se u povijesti u mnogome mijenjao, a pogotovo stavovi o smrti i suicidu. Navodimo neka pitanja u vezi metodoloških i konceptualnih ograničenja današnjeg koncepta stavova, posebice onih, koji proizlaze iz odnosa stavovi – ponašanje.

Pregledali smo studije, koje se odnose na problem stavova o suicidu i samoubilačkog ponašanja. Iz njih se ne može zaključiti niti o sličnostima niti o razlikama glede stavova o suicidu u različitim kulturama, ali se može zaključiti da ovom linijom istraživanja vrijedi ići dalje. Pokazati ćemo rezultate studije o stavovima o suicidu u Sloveniji.

PRAVCI PREVENCIJE SAMOUBOJSTVA

Mario Živković i suradnici

Autentična i ozbiljna katolička religioznost je sigurna prevencija samoubojstva. Svakom razumljiva i prihvatljiva pravednost, poštenje, dobrotu i ljubav prema samome sebi je protivna prekidanju vlastitog života. Posebno je apsurdno i kontradiktorno da ateisti, koji tvrde da smrću čovjek prestaje postojati posežu za samoubojstvom i tako si prema svojim vlastitim stavovima uništavaju jedino i sve što imaju i jesu.

Samoodgojem i odgojem bi trebalo razvijati nastojanje oko realističnog pristupa životu i neprilikama u životu. Čim čovjeku dođe misao da bi bilo bolje da ga nema, on bi trebao raditi na sebi da se riješi takvih pomisli i raspoloženja.

Nepodnošljive boli se mogu izbjeći odgovarajućom kvalitetnom primjenom postojećih medikamenata kod svih bolesti. Informirani stručnjaci predlažu pacijentima da ako im medicinsko

osoblje ne uspijeva eliminirati bol, da promjene medicinsko osoblje. Postojeće medikamente treba znati dobro i uspješno primjenjivati. Netko može biti izvrstan specijalist za neke bolesti, a da ne zna eliminirati bol povezanu s tom bolešću. Rano djetinjstvo je izgleda najvažnije doba života za usvajanje pozitivnog i realističnog reagiranja na nepravilike u životu, koje osiguravaju duševnu stabilnost i mir i u najtežim prilikama.

Jedan dio ljudi i u najtežim nepravilikama u životu ostvaruje stvarni mir u sebi. Stvaran mir, znači mir u kojem se čovjek može sjećati svakog doživljaja u svom životu i u kojem može biti svjestan svake negativnosti, koja mu se može u budućnosti dogoditi. To je mir zrele osobe. Takvih ljudi ima a može ih biti i više. Svatko tko stvarno i trajno želi takav mir, može ga postići ako se služi pravim sredstvima. Katolička Crkva nudi takva sredstva svim ljudima.

S U I C I D K O D D J E C E

UTJECAJ ŽIVOTNIH DOGAĐAJA NA SUICIDALNO PONAŠANJE ADOLESCENATA

Vojislav Smiljanić

Autor je uočio da većina adolescenata navodi neki neprijatan događaj kao uzrok ili povod pokušanog suicida.

U višegodišnjem je radu istraživao pojavnost, karakterističnost i učestalost životnih događaja u uzorku adolescenata liječenih nakon pokušaja suicida u specijalnoj bolnici za psihijatriju djece i mladeži u Zagrebu.

Obradom prikupljenih podataka nisu nađeni specifično suicidogeni, ali kod suicidalnih adolescenata postoji veća učestalost teških i vrlo teških životnih događaja. Isti se učestalije događaju u najosjetljivijim razdobljima razvoja osobnosti, ili neposredno prethode pokušaju suicida.

Istraživanje je ukazalo da pojavnost nekih događaja u životu pojedinca nije moguće predvidjeti, niti njihovu suicidogenost u konkretnim uvjetima bitnije ublažiti (rat, nenadana smrt roditelja i sl.).

Međutim, liječeni adolescenti učestalo povezuju pokušaje suicida sa događajima čiju je pojavnost moguće otkloniti ili njihovu suicidogenost ublažiti (školski neuspjeh, narkomanija, neželjena trudnoća i sl.).

Autor inicira istraživanje životnih događaja najčešće povezanih sa pokušajima suicida, koje bi omogućilo izradu specifičnih programa prevencije ove pojave u dječjoj i adolescentnoj životnoj dobi.

RISPOLEPT U TERAPIJI SUICIDA KOD ADOLESCENATA

Dubravka Kocijan-Hercigonja

Kao što je poznato uzroci suicidalnog ponašanja u djece i adolescenata su različiti; biološki, genetski, psihopatološki i psihosocijalni. Od psihopatoloških u najvećem dijelu spominju se agresivno ponašanje, ADHD, tjeskoba, psihoze i uzimanje sredstava ovisnosti. Terapijski pristup u zavisnosti je od etioloških čimbenika i najčešće je integralni što znači da uključuje farmakološke, psihološke i socioterapijske metode.

Problem farmakoterapije proizlazi iz neprilagođenosti velikog dijela psihofarmaka uzrastu djece i adolescenata.

Vrlo dobro iskustvo u tretmanu adolescenata s presuicidalnim ponašanjem, posebice kada je suicidalno ponašanje rezultat agresije i anksioznosti ili psihotičnosti imali smo s Rispoleptom koji smo primjenjivali u adolescenata već od petnaeste godine života. Kriterij za odabir Rispolepta bili su mogućnost davanja u adolescentnom dobu, indikaciono područje (klinička slika) dobra podnošljivost i smanjena usporenost i problemi koncentracije.

SUICIDALNO PONAŠANJE HOSPITALIZIRANE DJECE I ADOLESCENATA TIJEKOM DESETOGODIŠNJEG RAZDOBLJA

Dubravka Kocijan-Hercigonja

U radu je dan prikaz djece i adolescenata hospitaliziranih na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije, Kliničke bolnice Osijek, u razdoblju od siječnja 1990. do lipnja 2000. god. zbog pokušaja suicida. Podaci su analizirani s obzirom na dob, spol, način i uzrok pokušaja suicida, socijalne i ratne okolnosti i obiteljske prilike. Opisan je terapijski pristup suicidalnoj djeci i adolescentima i njihovim obiteljima.

Rezultati naglašavaju neophodnost rane detekcije rizičnih čimbenika u obitelji, što bi u budućnosti moglo dovesti do smanjenja broja suicida djece i adolescenata.

MEDIJI I SUICID

MASOVNI MEDIJI I SAMOUBOJSTVA

Miro Jakovljević, Biserka Sedić

Podaci iz literature upućuju na značajnu povezanost između načina kako sredstva javnog priopćavanja i masovni mediji izvještavaju o samoubojstvima i prikazuju ih i stava prema samoubojstvu i prevenciji samoubojstva u različitim zemljama. Utjecaj medija na suicidalno ponašanje može se razumjeti u konceptualnom okviru usvajanja nekog ponašanja modeliranjem ili imitacijom što je različito od kontagioznosti. Prikaz suicidalnog ponašanja u masovnim medijima može predstavljati uputu i poticaj za samoubojstva i tako povećati suicidalni rizik u nekoj zajednici. Isto tako prema SZO promjena načina prikazivanja suicida u medijima može imati važniju ulogu u programima prevenciji suicida a što uključuje izbjegavanje senzacionalističkog izvješćivanja, izbjegavanje priče na naslovnici kao i objavljivanje fotografija, te izbjegavanje opisa suicidalnog ponašanja kao razumljiva načina pokušaja rješavanja problema a objavljivanje adresa i brojeva telefona institucija koje mogu pomoći osobama koje razmišljaju o suicidu. Tijekom 1999. godine pratili smo sve tekstove o samoubojstvima u Jutarnjem i Večernjem listu i napravili analizu čiji se rezultati prikazuju u ovom radu.

UTJECAJ MEDIJA NA ODLUKU O SAMOUBOJSTVU-UČENJE PO MODELU

Suzana Štefan

Jednako kako se uči prilagodba i iznalaženja rješenja životnih problema, uče se i neprilagođeni oblici ponašanja: bijeg u bolest, ovisnost, agresija i samoagresija. A. Bandura objasnio je zamršeni proces socijalnog učenja po modelu koji se ne temelji na neposrednom oponašanju reakcija i njihovom potkrjepljivanju, nego je nadomješten učenjem posljedica koje je u određenim situacijama izazvalo ponašanje modela. U procesima socijalizacije, promjena ponašanja većinom se temelji upravo na takvom obrascu, a posebice kad se radi o učenju zamršenijih oblika socijalnog ponašanja. Ovaj proces učenja drži se djelotvornim jer se tako stječu novi rijetko izraženi oblici ponašanja.

Može li se samoubojstvo i pokušaj samoubojstva promatrati kao oblik ponašanja, odnosno učenja po modelu?

Ako samoubojstveno ponašanje promatramo kao "kriznu situaciju" pojedinca u kojoj se on ne snalazi, ne vidi izlaza ni odgovarajuće povoljno rješenje, detaljan opis životnih poteškoća i "recept" za osobu u životnoj krizi. Pri tome pojavljivanje u mediju te skretanje pozornosti javnosti na osobne poteškoće, predstavlja za pojedinca "povoljnu" posljedicu koja je temelj procesa učenja po modelu.

Ukoliko je model realniji i po svojim značajkama bliži čitatelju (promatraču) to će njegovo samoubilačko ponašanje imati veći utjecaj na osobu koja je takvo ponašanje zamijetila. U tome je važno imati na umu da i sasvim normalne osobe mogu počinuti samoubojstvo u određenim situacijama kada je ugrožen njihov sustav vrijednosti, kada su u stanju jako izražene neugode, emocionalne napetosti, osjećaja nesigurnosti i sl. Također, samoubojstvo mogu počinuti osobe koje dožive degradaciju svog položaja i svoje osobe i vrijednosti. Model "istrošenog ratnika" – samoubojice, neuspješnog, bespomoćnog i neprihvaćenog u društvenoj zajednici, čiji slučaj navode mediji, posljedično ima priznanje za sve svoje dosadašnje zasluge, čuje se za njega, a njegov čin upozorba je "strukturama odgovornim" za njegovo stanje i nemogućnost rješavanja životnih problema. Nerijetko i okolica takav posljedični čin između redaka objašnjava nastavkom njegovih junačkih djela.

Opravdanost samoubilačkih tendencija pojačava se "bespomoćnim" izjavama okolice, npr. "nitko te nije tjerao u rat i i zašto si uopće išao". Postojeći osjećaj krivnje "preživjeloga" pojačava se i mogućnošću rješavanja egzistencijalnih problema i konstatacije "bilo bi bolje da sam poginuo na ratištu, bar bi obitelj bila zbrinuta".

Vezano uz učestalost i sadržaj napisa o počinjenom samoubojstvu prikazanim u dnevnim tiskovima, moguće je postaviti i neka moralna i etička pitanja te učinka na obitelj suicidanata, pogotovo ukoliko se navode obiteljski problemi i nesuglasice u kojima bi se bar posredno mogao "pročitati" povod samoubojstvu. Također se može i mora postaviti pitanja "glasa" stručnjaka u sprječavanju neadekvatnog, senzacionalističkog načina govorenja o samoubojstvima, isključivo kao sredstva podizanja prodaje tiska.

POTREBA JAVNOZDRAVSTVENOG DJELOVANJA NA PREVENCIJI SUICIDA

Vinka Ljubimir, Sladana Štrkalj Ivezić, Maja Bajs, Maja Vilibić

U idealnoj situaciji, kada neka osoba osjeti poriv da se liši života, ili ako netko od rodbine, prijatelja ili susjeda dotične osobe čuje izjavu kojom se spominje mogućnost suicida, ukoliko se sama ne obrati za stručnu pomoć, takva bi osoba trebala biti što ranije dijagnosticirana kako bi se moglo pristupiti odgovarajućem tretmanu.

Suicid se javlja kod više psihijatrijskih bolesti, ali laici obično tumače suicid kao "izlaz za nuždu" za određene životne situacije kao filozofsko pitanje "biti ili ne biti" a tek rijetko kao bolest koja se treba i može liječiti poput bolnog zuba.

Veliki korak naprijed u pravodobnom reagiranju na suicidalne misli su tzv. krizni telefoni. Taj javnozdravstveni oblik prevencije suicida dokazao je svoju nužnost u različitim zemljama i kulturama, a uspješno djeluje i kod nas. Međutim, ako se suicidalne misli ne uzimaju dovoljno ozbiljno, ako se one ne doživljavaju kao dio bolesti, tada se ne mogu niti poduzimati pravodobne akcije.

Treba postići da i neobrazovani ljudi znaju što je potrebno poduzeti kad se suicidalne misli pojave prvi put, te da na pojavu suicidalnih misli gledaju kao i na bilo koji drugi poremećaj. Medijske kampanje mogu poslužiti toj svrsi, ali je takvu kampanju izuzetno teško izraditi, a da se ne pređe granica dobrog ukusa ili dajući toj temi više prostora, ne izazove suprotni efekt.

Prevenciji suicida kod nas nije posvećivano dovoljno pažnje jer podaci nisu govorili da smo mi u tom pogledu zemlja povećanog rizika. Sada kada je kao posljedica rata i tranzicije povećan broj posttraumatskih i drugih poremećaja koje je provocirala krizna ili ratna situacija, nužno je poduzimati odgovarajuće javnozdravstvene akcije koje bi kao rezultat imale smanjenje stope suicida.

FORENZIČKI PROBLEMI

AUTOAGRESIVNO I SUICIDALNO PONAŠANJE OSOBA NA FORENZIČKOM TRETMANU (predikcija rizika – rizik predikcije)

Vesna Šendula-Jendić, Gordan Bošković, Loredana Šurlina-Balaban, Martin Šendula-Pavelić

Sažetak

U radu je analizirana skupina bolesnika (N=83) koji su bili u tretmanu na Odjelu za forenzičku psihijatriju Psihijatrijske bolnice Rab tijekom 1996. do 2000. god. Detaljnom analizom svih anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka kao i opservacijama na tretmanu izdvojene su tri skupine bolesnika u kojih je zabilježeno autoagresivno ponašanje različitog intenziteta i različitih mogućih posljedica.

Pod autodestruktivnim ponašanjem razumijevaju se oštećenja tjelesnog integriteta različitog stupnja koja svoja ishodišta imaju u manifestacijama psihopatoloških entiteta ili pak u različitim situacijama i intenzitetima opterećenja.

Utvrđena su tri različita varijeteta autodestruktivnog ponašanja opisana kao samoozljeđivanje, manipulativne autodestruktivne radnje i prijetnje, te autodestruktivno ponašanje s ozbiljnim pokušajima suicida. Samoozljeđivanje, zabilježeno kod 15,66% promatranih bolesnika, predstavlja namjerno, disfunkcionalno po život pretežito neopasno ponašanje koje se manifestira od rezanja zapešća ruku pa sve do rijetkih i bizarnih djela kao što je autokastracija, čija motivacija ima duboke simboličko-psihopatološke korijene i čija je svrha samokažnjavanje.

Ozbiljni pokušaji suicida, anamnestički prisutni kod 25,30% bolesnika, opisani su kao autodestruktivno ponašanje kod kojega je pravodobna liječnička intervencija razlogom inače neupitnog smrtnog ishoda.

Rezultati su pokazali da je u skupini sa samoozljeđivanjem uočena značajna prevaga relativno mlađih bolesnika s dijagnozom poremećaja osobnosti (61,54%) u prvom redu graničnog i disocijalnog tipa, te značajno opterećenje alkoholnom ovisnošću (61,54%).

U skupini s ozbiljnim pokušajima suicida nalaze se stariji bolesnici, s dominantnim dijagnozama endogenih sch. psihoza (80,95%) i poremećaja osobnosti (9,52%). Za istaknuti je da se druge varijable kao npr. institucionalni odgoj (30 do 76% bolesnika), nasilje kao model ponašanja u primarnoj obitelji (46,15% bolesnika), te ovisnosti u primarnoj obitelji (76,92% bolesnika) nalaze u obje skupine bolesnika kao izraz predominantne specifičnosti forenzičke populacije.

Skupina bolesnika sa samoozljeđivanjem pokazala je značajno veću heteroagresivnost u sva tri smjera od skupine s ozbiljnim pokušajima suicida. Isto tako, treba naglasiti da usporedba dviju skupina bolesnika ukazuje da bolesnici sa samoozljeđivanjem imaju počinjeno značajno manje (30,77%) najtežih vrsta delikata (ubojstvo i pokušaj ubojstva) u odnosu na bolesnike s ozbiljnim pokušajima suicida (66,66%).

Analizom dobivenih podataka uočeno je da se različiti oblici autoagresivnog ponašanja u određenoj mjeri preklapaju kod obje skupine bolesnika (23,81% bolesnika sa ozbiljnim pokušajima suicida imalo anamnestički prisutno samoozljeđivanje), što predikciju iz toga čini vrlo kompleksnom, a razumijevanje svakako uključuje multivarijantni pristup.

Pouzdanost predikcije autoagresivnog ponašanja svakako smanjuju i tzv. manipulativne autodestruktivne radnje i prijetnje primijećene kod 16,86% bolesnika koje se mogu opisati kao disfunkcionalna ponašanja s namjernim pokušajima izražavanja lažnih suicidalnih simptoma koje je pretežito motivirano postizanjem sekundarne dobiti kao što je npr. izlazak iz, ili odbijanje "nepodnošljive" terapijske situacije, postizanje većeg stupnja slobode ili pak zadobivanje terapijskih pogodnosti.

PROŠIRENI SUICID, DVOSTRUKI SUICID

(forenzijsko-psihijatrijska prosudba, kaznena odgovornost i terapija)

Vesna Šendula-Jengi, Gordan Bošković, Loredana Šurlina-Balaban

O suicidu kao psihopatološkom simptomu ili sociopatološkoj pojavi postoji niz socioloških, filozofskih studija, transkulturalnih istraživanja potpomognutih bogatim, dostupnim statističkim materijalom. Da li je suicid moralno neutralan čin?

Dosadašnja istraživanja uglavnom potvrđuju neke hipoteze; da je među počiniteljima suicida najveći broj onih koji su patili od depresije, da su to pretežito osobe muškog spola, najčešće dobi od 45 godina, da stroga religijska pripadnost i moralne sankcije ne predstavljaju zapreku suicidu. U literaturi je opisan i tzv. tihi suicid kod osoba starije životne dobi bez utvrđenog psihičkog poremećaja ili bolesti u okviru dijagnostičkih kriterija međunarodnih klasifikacija bolesti i simptoma.

Farmakološke studije podržavaju nalaze da je među počiniteljima suicida par dana prije suicida došlo do sniženja razine holesterola u krvi. Suptilni testovi brainmappinga prikazuju proširenje nakupljanja kontrasta u specifičnim regijama mozga kod osoba koje su bile suicidalne. Kontrolni nalazi pokazuju međutim, da ova nakupljanja ostaju i nakon provedene terapije. Prošireni suicid je samoubojstvo koje slijedi nakon ubojstva najčešće, bliskog člana obitelji. Pri tome je odluka na suicid uvijek primarni akt, a ubojstvo drugog sekundarni fenomen. Luthe (1966.) i Lange (1963.) među prvima su definirali kriterije proširenog suicida koji predstavlja ubijanje drugog bez njegovog znanja i dopuštenja i prema motivima, koji su iz perspektive suicidanta altruistični. Za ovu potvrdu neophodno je zaključiti da je namjera suicidanta bila ozbiljna te da se je mogla prevenirati samo zbog stjecaja iznimnih vanjskih faktora. Prema Ringelu postoji specifična dinamika suicidalnog ponašanja i situacija kada ono može poprimiti karakteristike destruktivnog odnosno homicidalnog.

Dvostruki suicid je situacija kad se dvoje ili više ljudi dogovori o počinjenju suicida te se mora striktno odvojiti od homicida kod kojeg suicidalnost nastaje reaktivno i tek nakon homicida.

U radu je dat kratki prikaz povijesnih okvira i pojmovnog određenja proširenog suicida. Preživjeli počinitelj proširenog suicida kazneno odgovara za homicid.

Veliki dio podataka o dvostrukom suicidu i proširenom suicidu nalazi se u okviru tamnih brojki različitih "nesretnih slučajeva" i prometnih nezgoda. Svi dovršeni suicidi izuzimaju mogućnost kvalitetne analize i evaluacije zbog insuficijentnosti podataka. Razgraničenje homicida od dvostrukog suicida i proširenog suicida, je bitno u forenzičko-psihijatrijskoj procjeni, ali i u kasnijem postupanju sa suicidantom. Dijagnostičke kategorije MKB-10 i DSM-IV su od značaja, ali ne i dovoljno senzibilne za određivanje stupnja uvida u situaciju i mogućnosti upravljanja vlastitim postupcima.

U radu su dana tri kazuistička prikaza proširenog suicida i dvostrukog suicida u slučajevima kada su suicidanti preživjeli.

Iznesene su neke specifičnosti osobnosti počinitelja, okolnosti djela, te kasnijeg praćenja i terapije ovih osoba. U jednom od tri prikazana slučaja počinitelj uz osnovnu bolest ima i simptome označene u kriterijima za PTSP.

U terapiji ovakvih slučajeva ističe se kompleksnost pristupa gdje je počinitelj istovremeno i žrtva kaznenog djela.

SUICIDI U TRETMANU FORENZIČKIH BOLESNIKA

Tija Žarković-Palijan, Dražen Kovačević, Blanka Kern-Gačša

Forenzički bolesnik je posebna kategorija psihijatrijskih bolesnika koji su počinili kazneno djelo u stanju nebrojivosti i stopa im je po čl. 44 ZZODS-a izrečena prisilna hospitalizacija.

Uočili smo da se tijekom tretmana pojavljuju suicidi i pokušaji suicida kod nekih grupa forenzičkih bolesnika. U okvirima cjelokupne studije, načinili smo istraživanje na 208 muških bolesnika Zavoda za forenziku Neuropsihijatrijske bolnice "Dr. Ivan Barbot" u Popovači u razdoblju od 1.1.1990. do 31.12.1999.g.

U našem uzorku 42 (20,19%) bolesnika pokušalo je suicid, a tijekom tretmana izvršilo je suicid 17 (8,17%) bolesnika. Od izvršenih suicida 11 (64,70%) bolesnika već ranije je pokušalo suicid. Bez ranijih pokušaja 6 (2,88%) bolesnika izvršilo je suicid. Forenzički bolesnici suicid su najčešće izvršili vješanjem (9) i utapljanjem (4). U pokušajima suicida prevladava čin samopovređivanja na različite načine.

KOMBINIRANA UBOJSTVA-SAMOUBOJSTVA

Mladen Marcikić

Kombinirana ubojstva-samoubojstva se rijetko događaju prema samim suicidima i ubojstvima. Ovi događaji međutim pobuđuju veliku zabrinutost i znatizelju javnosti, jer su ponekad ubijeni svi članovi obitelji ili više drugih osoba.

Fenomen je teško analizirati dijelom i zbog toga što je izvršitelj mrtav. Pa, ipak treba nastojati analizirati i unaprijediti razumijevanje ovog tragičnog fenomena sa psihijatrijskog aspekta.

Pregled literature ukazuje na demografske čimbenike i predlaže dvije klasifikacije, jednu temeljenu na psihopatologiji i drugu prema povezanosti izvršitelja i žrtve, te sugerira trodimenzionalnu analizu ubojstva-samoubojstva s obzirom na 1) psihopatologiju i slabost ega izvršitelja, 2) kumulativne i precipitirajuće stresne elemente, 3) motivaciju i vektore destruktivnih poticaja protiv sebe i drugih.

Literatura također predlaže radi uspješnijeg razumijevanja ubojstva-samoubojstva analizu: slabosti ega, čime misli na tip mentalne bolesti, psihopatologiju ili karakterno obilježje koje je moglo doprinijeti homicidno-suicidnom djelovanju izvršitelja. Stresnih elementa na strani izvršitelja, akutnih i kroničnih, koji su doveli do čina Vektora. Koga izvršitelj odabire da ubije i zbog čega?, te da li su neke žrtve bile primarne, a druge sekundarne ili slučajne?

Zamijećeno povećanje učestalosti ubojstva-samoubojstva u Slavoniji bio je poticaj da retrospektivno analiziramo, sa forenzičkog aspekta deset događaja (od 1987. do 2000.god.) te, potaknemo daljnje istraživanje ove tragične pojave i u našoj sredini.

TERAPIJA

SAMOUNIŠTAVANJE I PREŽIVLJAVANJE – TEORIJA I TERAPIJA

Ivan Urlić

Radom u ovoj sekciji želi se u prvom redu obuhvatiti samouništavajuće manifestacije, bilo da su one svjesno ili nesvjesno motivirane. Osim podataka koji ukazuju na dimenzije manifestnog suicidalnog ponašanja želi se ukazati na određene konstelacije emocija koje se općenito povezuju sa suicidom.

Procjena rizika suicida također je važna topika, sa značajnim preventivnim i terapijskim reperkusijama.

Posebna pažnja posvećuje se PTSP-u, procjeni suicidalnosti ratnih veterana i drugih ratom i izvanrednim stresom ugroženih osoba, te njihovom liječenju.

Postavlja se pitanje, koji su faktori preživljavanja krize suicidalnosti ili kroničnog samoporažavajućeg i samouništavajućeg ponašanja koji se mogu razlučiti, prepoznati, te terapijski obraditi. Teorijske postavke i klinička iskustva ilustrirat će kako samouništavajuće ponašanje tako i poticaje za preživljavanje.

SOCIOTERAPIJSKA ZAJEDNICA KAO PREVENCIJA SUICIDALNOSTI KOD OSOBA OBOLJELIH OD POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA

Elvira Koić, Snježana Karničnik

Prema rezultatima našeg istraživanja u periodu od 1997. do 1999. godine, na području Virovitičko-podravske županije bilo je 27,3 uspješno izvršenih suicida na 100.000 stanovnika, a ako se uzmu u obzir i nesretni slučajevi sa smrtnim ishodom, tada je taj broj 41,3 na 100.000 stanovnika. Deset od svih izvršenih suicida u promatrane tri godine izvršili su razvojačeni hrvatski branitelji, što iznosi 5,8% od ukupnog broja suicida.

Pokušali smo za promatrani period otkriti i broj registriranih slučajeva u arhivi Stanice za hitnu pomoć, Psihijatrijskog, Internog i Odjela za dječje bolesti Opće bolnice. Taj broj je za 1997. g. 67, za 1998.g. 61, a za 1999.g. svega 16. Od svih registriranih, sedam slučajeva godišnje odnosi se na pacijente sa posttraumatskim stresnim poremećajem.

Analiza rada psihijatrijske ambulante Odjela za duševne bolesti Opće bolnice u Virovitici pokazala je da su promatrane tri godine, između svih pacijenata koji su pregledani, osobe oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja zastupljene od 24,1% do 33,4%. To su osobe kojima je uputna dijagnoza bio PTSP tj. F43.1.

Tako su upućivani pacijenti upravo s tim poremećajem dominirali u odnosu na ostale dijagnostičke kategorije.

S obzirom na uočenu situaciju, organizirane su dodatne psihoterapijske aktivnosti u radu s kategorijom pacijenata s posttraumatskim stresnim poremećajem. U početku male psihoterapijske grupe, potom srednja i velika grupa, koja je potom prerasla u Klub hrvatskih branitelja liječenih od PTSP-a. U rad su od samog početka uključene i supruge pacijenata, a kroz raznovrsne aktivnosti i njihova djeca. Sada je u rad Kluba aktivno uključeno oko 150 pacijenata i oko 50 žena. Kroz ambulantno praćenje i liječenje prolazi još oko 150 pacijenata s dijagnozom PTSP. Zanimljiva je pojava da se kod osoba koje su uključene u program praćenja i rehabilitacije putem socioterapijske grupe ne nalazi registriranih pokušaja suicida, niti izvršenih suicida. Registrirani suicidi su u osoba koje nisu uključene u praćenje, a pokušaji suicida su opservirani u nekih osoba koje su samoinicijativno prekinule sudjelovanje u aktivnostima Kluba i zanemarile svoje liječenje, a takvo ponašanje ih je vratilo u grupu. Time nisu nestala suicidalna razmišljanja i rizična ponašanja osoba liječenih od PTSP-a, ono je i dalje prisutno, no za sada bez manifestacija koje bi zahtijevale intenzivni tretman.

Mišljenja smo da je sustavna aktivnost trajnog praćenja, u obliku socioterapijskih rehabilitacijskih skupina organiziranih na načelima samopomoći, ili stručno vođenih, u osoba liječenih od posttraumatskog stresnog poremećaja, adekvatna

PSIHOLOGIJSKI PRISTUP

PSIHOLOŠKE AUTOPSIJE-METODA ISPITIVANJA PSIHIČKE PODLOGE SAMOUBOJSTVA

Sanja Bender Horvat, Suzana Štefan, Anto Zelić

Samoubojstvo je rijedak neuobičajen i često puta neshvatljiv završetak života koji kroz povijest, od davnina do danas, izaziva mnogobrojne rasprave, te moralna i etička pitanja. Samoubojstva se događaju u gotovo svim društvima i ljudskim organizacijama, te ni vojska nije pošteđena te pojave. Jedna od zadaća hrvatske vojne psihologije, od samih njezinih začetaka 1991. god. izučavanje je samoubojstva pripadnika Hrvatske vojske, te povoda i posljedica takvog čina na vojno funkcioniranje.

U radu će biti prikazana metodologija provođenja psihološke autopsije samoubojstva. Psihološka autopsija samoubojstva koju primjenjujemo u Hrvatskoj vojsci sastoji se od nekoliko dijelova;

1. strukturirani intervju s pokojniku bliskim osobama (članovima obitelji, prijateljima, suborcima, kolegama, zapovjednicima);
2. upitnik PSS koji objedinjuje sve prikupljene podatke o pokojniku (hetero-anamnestički podaci, prikupljeni od bliskih osoba, službeni podaci i ocjene i sl.);
3. druga dostupna dokumentacija (policijska izvješća, liječnička dokumentacija, oprostajna pisma, rezultati postojećih psihologijskih obrada i sl.)

Osim što postupak psihološke autopsije ima terapijski učinak za pokojniku bliske osobe, prikupljeni podaci temelj su za zaključno mišljenje i psihološku procjenu o povodima samoubojstva. Ukoliko postoji sumnja radi li se uopće o samoubojstvu ili nekom drugom obliku smrtnog stradanja, slijedi i dodatno stručno mišljenje koje bi trebalo dati smjernice u traženju odgovora na postojeću dvojbu.

PROTUPRIJENOS, SUICIDALNOST I HOMICIDALNOST VETERANA OBOLJELIH OD PTSP-A

Vladimir Hećimović

U radu se razmatra suicidalnost i homicidalnost veterana koji se psihijatrijski liječe, a kojima je jedna od dijagnoza posttraumatski stresni poremećaj. Naglasak je na pitanjima protuprijenosa koji se javlja u radu s tako oboljelim veteranima. Opisuju se okolnosti koje pogoduju javljanju protuprijenosa, oblici (sadržaj) u kojima se javlja protuprijenos, te implikacije protuprijenosa na suicidalnost navedenih pacijenata. Također se raščlanjuju oni činitelji suicidalnosti koji igraju važniju ulogu u nastanu protuprijenosa, a također i karakteristike osobnosti oboljelih veterana, koje pogoduju izazivanju protuprijenosnih osjećaja.

Rad je nastao na temelju 10-godišnjeg intenzivnog iskustva u radu s ranjenicima i psihičkim oboljelim braniteljima Domovinskog rata i pokušaj je sažimanja bitnih sastavnica tog iskustva.

PSIHOLOGIJSKI PRISTUP ODNOSU SUICIDA I PTSP-a

Zvonimir Knezović

U ovoj meta-analitičkoj orijentiranoj studiji posebna je pozornost posvećena artikuliranju modernog multifaktorskog prop psihologijskog pristupa tumačenju odnosa između tendencije kao suicidalnom načinu ponašanja i doživljavanja, s jedne strane, i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), s druge strane.

Pri tome se pažnja fokusira samo na PTSP povezan s ekspozicijom na specifične ekstremne ratne stresove kao i na neke teže dektabilne faktore u poslijeratnoj prilagodbi populacije hrvatskih branitelja i njihovih obitelji.

Na temelju analize specifičnih okolnosti ratne i poslijeratne situacije pokušava se raspraviti postojanje mogućih općih i posebnih klastera generatora pro-suicidalnog ponašanja i anti-suicidalnog ponašanja u realnim sociokulturnim okolnostima u kojima se odvija vrlo kompleksni proces borbe za samostalnost i demokraciju u RH. U tom kontekstu pokušavaju se intergrirati neki aspekti Seligmanove bihevioralne teorije bespomoćnosti i Beckove kongitivne teorije depresivnosti i beznadnosti s teorijom o postojanju specifičnog (nadamo se prolaznog) "hrvatskog egzistencijskog vakuma" u kontekstu Franklovog logoterapijskog pristupa. U sklopu teorije PTSP-a posebice se ističe važnost Lazarusovih konstrukata kongitivne procjene i "coping" procesa.

Centralna hipoteza koje se pokušava dovesti u vezu sa suicidalnim ponašanjem. U RH izvodi se predominantno iz kombinacija pretpostavki o postojanju krize u percepciji smisla i niza Durkheimovskih anomičnih tendencija u sporom i nedovoljno efikasnom procesu struktuiranja socijalnog sustava koji bi adekvatno i pravično odgovorio na mnoge (vidljive i nevidljive) posljedice ratnih trauma.

PSIHIJARIJA

FAKTORI RIZIKA SUICIDALNOG PONAŠANJA KOD SHIZOFRENIH BOLESNIKA

Sladana Ivezić, Maja Bajs-Bjegović

Shizofrenija je bolest s visokim rizikom suicidalnog ponašanja. Rizik suicida za shizofrene bolesnike je 20% veći nego za opću populaciju. Prema nekim istraživanjima 40% bolesnika od shizofrenije ima suicidalne misli, 20 do 40% ima neuspješne suicidalne pokušaje, a 9 do 13% počini suicid.

Kako bi se odredile najuspješnije terapijske strategije u liječenju shizofrenih bolesnika sa suicidalnim rizikom potrebno je dobro poznavati faktore rizika.

Depresija se navodi među najčešćim faktorima rizika. Među ostalim faktorima spominju se važni stresni događaji, prijem i otpust iz bolnice, uvid u bolest i nedostatak profesionalne i obiteljske podrške.

Rad se bavi analizom faktora rizika i preporučuje adekvatne psihofarmakološke i psihosocijalne strategije za smanjenje rizika.

HOSPITALIZACIJA-HOSPITALIZAM-SOCIJALNA SMRT

Zdravko Šimičić, Gordan Bošković, Siniša Rakić, Vesna Šendula-Jengiđ

Autori na specifičan način iznose probleme dugotrajne hospitalizacije i kroničnosti u specijalnim bolnicama za duševne bolesti. Osobine ličnosti, psihopatologija i institucionalizacija sa posljedičnom socijalnom izolacijom otvaraju značajne moralno-etičke dileme i pitanja. Da li je suicidalnost u ustanovama "importirana" ili je pak odraz deprivacije samo je jedno od pitanja na koje se pokušalo odgovoriti kroz crteže naših bolesnika.

U istraživanje su uključeni bolesnici koji borave u ustanovi najmanje 1 godinu, a istraživanje je učinjeno na način da je hospitaliziranim bolesnicima uz njihov prethodni dobrovoljni pristanak na suradnju, ponuđen materijal na čitanje koji je sadržavao depresivnu poruku. Nakon uvodne diskusije u malim grupama u kojima je bolesnicima bio slobodni pristup, predloženo je da nacrtaju ili napišu svoju asocijaciju na grupu te sugerirani materijal. Sudjelovalo je ukupno 60 bolesnika i bolesnica.

Crteži većine ispitanika prikazuju različita viđenja smrti, pješčani sat koji ističe, potonuće broda, grob. U crtežima smrti umrli su u većini slučajeva prikazani sami, a način smrti u (bolesničkoj) postelji. Izdvojena su tri crteža: (1) osobe koja je dugogodišnji sch. bolesnik, a prije mjesec dana pokušao ozbiljan suicid te je hitnom intervencijom i posljedičnim boravkom na HMT-u spašen (2) bolesnik koji aktuelno ruminira suicidalne misli i sadržaje (3) kao i crtež bolesnika u zadovoljavajućoj kliničkoj remisiji sa anamnestički potvrđenim ozbiljnim pokušajem suicida. Na crtežima je uočljiv nedostatak detalja, jednobojnost, definiranost, praznina i visoka deprivacija. Da li bi ovu situaciju promijenili posebno prilagođeni socijalni programi, neprofesionalne grupe pomoći i samopomoći, da bi se proces hospitalizma i krajnje socijalne izolacije kod kroničnih duševnih bolesnika barem djelomično usporio?

Uvidom u dostupnu medicinsku dokumentaciju nije nađen međudnos između impresije o smrti te event. ranijeg pokušaja ili verbalizacije suicida dok postoje osobitosti u crtežima bolesnika koji aktualno pokazuju izrazite depresivne simptome.

KARAKTERISTIKE SUICIDA HOSPITALIZIRANIH PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Gordan Bošković, Vesna Šendula-Jengiđ

Suicid bolesnika za vrijeme hospitalnog tretmana podjednako pogađa sve u terapijskom procesu, profesionalno ali i osobno. Za terapijski tim to je iskustvo granica bespomoćnosti koja oživljava osjećaje krivnje, ljutnje i strahove te pod povećalo stavlja profesionalnu adekvatnost. Osim negativnih osjećaja koji dolaze od obitelji umrlog, mogući su prigovori koji mogu uključiti i poduzimanje pravnih radnji protiv terapeuta i ustanove. Suicidalno ponašanje je paradigma za urgentnost obzirom da je to jedan od relativno češćih uzroka smrti duševnih bolesnika. Prema nekim studijama suicid zauzima 10-24% svih uzroka smrti shizofrenih bolesnika. Kada se suicid dogodi ostaje otvoreno pitanje koliko se ta situacija mogla prevenirati, odnosno izbjeći. Autori su analizirali skupinu psihijatrijskih bolesnika, počinitelja suicida u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici Rab, koji su se dogodili u vremenskom periodu od 1960. do 2000. g. U promatranom periodu primljeno je ukupno 26119 bolesnika, umrlo je 917 bolesnika, a 29 bolesnika izvršilo je suicid. Prosječno se godišnje primi 653 bolesnika, umre u prosjeku 23 bolesnika, a suicid počini u prosjeku 0,72 bolesnika odnosno 1 bolesnik u godinu i pol. Stopa suicidalnosti u promatranom periodu obzirom na broj prijema iznosila je 1,11%, dok je udio suicida u ukupnom mortalitetu predstavljao 3,16% svih uzroka smrti. Analizom svih dostupnih anamnestičkih podataka te ostalih podataka sadržanih u medicinskoj dokumentaciji, utvrđena je visoka proporcija psihotičnih bolesnika počinitelja suicida, a osobito visok udio shizofrenih. Iz dobivenih rezultata može se zaključiti da su psihijatrijski bolesnici, počinitelji suicida srednje i više životne dobi, pretežito muškarci (65,52%) značajno hereditarno opterećeni duševnim bolestima, alkoholizmom ili pak suicidom u primarnoj obitelji. Analiza bračnog statusa pokazuje da suicid izvršavaju najčešće samci, osobe s nikakvim ili vrlo lošim obiteljskim vezama, u pravilu

bez djece. Među značajnim faktorima rizika uočavaju se višekratne hospitalizacije te raniji pokušaji suicida u anamnezi. Utvrđena je osobita rizičnost u prvim tjednima hospitalizacije, ali je istraživanje pokazalo da se suicidalni rizik ne smanjuje s duljinom trajanja hospitalizacije; gotovo polovica (48,28%) bolesnika suicid je izvršilo nakon više od 6 mj. od prijema. Niti jedan bolesnik koji je počinio suicid nije hospitaliziran zbog pokušaja suicida. Istraživanje je pokazalo da očekivanost suicida i njegovo izvršenje nisu u međusobnom odnosu, tj. da se suicidi shizofrenih bolesnika događaju iznenada i neočekivano. S obzirom na način izvršenja suicida primjećuje se manji udio atipičnih, neuobičajenih i bizarnih načina izvršenja koji se prema literaturi ne javljaju u tzv. normalnoj populaciji. U opisanom uzorku izdvojeni su neki prediktori koji bi moglo označiti rizik o faktorima za suicid koji upućuju na dodatni oprez i odgovornost u pristupu i radu sa duševnim bolesnikom.

NEKI ASPEKTI SUICIDALNOG PONAŠANJA U SVJETLU PODATAKA USTANOVE ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ SPLIT

Monika Mirošević, Goran Dodig

Suicidalno ponašanje predstavlja krajnje ozbiljan problem koji nadilazi isključivo medicinske aspekte, a nerijetko implicira ne samo razumijevanje nego i angažman na više razina.

Razumijevanje suicidalnog ponašanja u svoj širokoj lepezi često se može promatrati i kroz aspekte rada Hitne medicinske pomoći što i jest cilj ovog istraživanja.

U ovom istraživanju pokušali smo istražiti eventualne "zakovitosti" suicidanata kako bi možda mogli doći do zaključaka koji bi na određeni način ili od određenog značaja u prevenciji suicidalnog ponašanja.

Istraživana je skupina suicidanata iz 1988.g. zatim iz 1993. i 1998. godine.

U istraživanju je fokusiran broj suicidanata, broj "uspješnih" suicida, dobne skupine, spolne karakteristike, način izvršenja, povezanost suicida sa ranijom dijagnozom, vremensko javljanje suicidalnog ponašanja po mjesecima, a također vezano za vrijeme pokušaja ili izvršenje u odnosu na dan (07-19h) i noć (19-07h).

Istraživanje je provedeno za godine 1988., 1993. i 1998.g. u pokušaju da se potvrdi ili odbaci teza da su ratne godine godine većeg rizika od mirnodobskih godina, te da se dobije uvid u apsolutne i relativne odnose suicidalnog ponašanja u mirnodobskom, ratnom i poratnom razdoblju.

Rezultati istraživanja pokazuju da je suicidalno ponašanje ozbiljan problem s nerijetko tragičnim posljedicama, te da zahtjeva puno ozbiljniji pristup i u stručnom i u organizacijskom smislu.

OVISNOST I SUICIDALNO PONAŠANJE

Ante Bagarić, Boris Škifić

U cijelom svijetu prisutan je brojan porast broja ovisnika o psihoaktivnim tvarima. Također su prisutni i drugi vrlo negativni trendovi, kao korištenje psihoaktivnih tvari u sve ranijoj dobi, te istodobno uzimanje više različitih psihoaktivnih tvari.

Kod pacijenata ovisnika o psihoaktivnim tvarima izražen je komorbiditet. Česti su disocijalni poremećaji ličnosti, depresivni poremećaji, shizofrenija. Također su zamijećeni i različiti oblici suicidalnog ponašanja.

Ispitivana je grupa od 100 ovisnika o opijatima, 35% ispitanika je pokazalo neki od oblika suicidalnog ponašanja.

Prikazuje se analiza parametara navedenih u Pompido-upitniku.

SUICIDI-PRIKAZ SLUČAJEVA

Davor Rak

Rad predstavlja neka razmišljanja o suicidu kroz komparativni prikaz petero pacijenata koji su počinili suicid u posljednjih 10 godina, a liječeni su u Dnevnoj bolnici "Dubrava", što znači da su ispunjavali kriterije za takav oblik tretmana.

U prikazu i koncepciji autor polazi od dinamskih kriterija i općih kriterija za suicid (visokorizični faktori za suicid u dvije varijante).

Može se zaključiti da su nažalost akteri ljudi u najboljoj životnoj i laboralnoj dobi imali visokorizične faktore za suicid. Bračni odnosi i djeca pri tom su igrali marginalnu ulogu.

Mogućnost prevencije u ovim slučajevima provedena je korektno, no sam se čin nije mogao otkloniti jer je iza toga stajala čvrsta odluka počinitelja.

UČESTALOST POKUŠAJA SUICIDA NA HITNOM PSIHIJATRIJSKOM PRIJEMU KB SPLIT

Špiro Janović, Karmen Kovačević

Prema izvještaju američkog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje incidencija počinjenih suicida je 12:100.000 ljudi u općoj populaciji (1). Jedan od najznačajnijih čimbenika povećanog suicidalnog rizika je prethodni pokušaj suicida. Od ostalih se spominju: muški spol, starija dob, psihijatrijski poremećaji (poremećaji raspoloženja, ovisnosti), nezaposlenost, somatske bolesti i dostupnost sredstava za izvršenje suicida. Odnos pokušaja suicida i dovršenih suicida je 23:1. rizični su čimbenici za pokušaj suicida: ženski spol, mlađa životna dob, verbalizacija suicidalnih ideja, fantazije o suicidu i prethodni pokušaji suicida. Pokušaj suicida jedna je od dijagnostičkih kategorija u psihijatriji koja zahtjeva hitno zbrinjavanje pacijenata (2).

Cilj rada je utvrđivanje učestalosti dijagnostičke kategorije pokušaja suicida na hitnom psihijatrijskom prijemu KB Split tijekom godinu dana i karakteristike pacijenata s tom dijagnozom.

Rad je baziran na evaluaciji prijemne dokumentacije hitnog psihijatrijskog prijema KB Split od 09. 1999. do 09. 2000.g.

Tijekom evaluiranog razdoblja na hitnom psihijatrijskom prijemu pregledano je 3505 pacijenata. Hospitalizirano je 1881 (53,66%) pacijenata, a 1624 (46,33%) nakon pregleda upućeno je na ambulantno psihijatrijsko liječenje. Od ukupnog broja pregledanih pacijenata, 121 (3,45%) pacijent psihijatrijski je pregledan zbog uputne dijagnoze pokušaj suicida. Nakon pregleda na hitnom prijemu, 77 (63,63%) pacijenata je hospitalizirano, a 44 (36,36%) pacijenata je upućeno na ambulantno psihijatrijsko liječenje. U skupini hospitaliziranih pacijenata 44 (57,14%) pacijenta je zadržano na opservaciji do 24 sata, a na duljem liječenju u psihijatrijskom odjelu zadržano je 33 (42,86%) pacijenta.

Od ukupnog broja pacijenata s dijagnozom pokušaj suicida bilo je 52 (42,97%) žena i 69 (57,02%) muškaraca. U skupini hospitaliziranih pacijenata bila je 31 (40,25%) žena i 46 (59,74%) muškaraca. U skupini nehospitaliziranih bilo je 21 (47,72%) žena i 23 (57,27%) muškaraca. Prosječna dob u skupini hospitaliziranih pacijenata bila je 38,6 g. za žene i 36,8 g. za muškarce. U skupini nehospitaliziranih prosječna dob iznosi 36,8 g. za žene, a 35,6 g. za muškarce.

Prema ovim rezultatima, odnos hospitaliziranih i nehospitaliziranih pacijenata s dijagnozom pokušaja suicida iznosi 2:1.

Suvremene smjernice za liječenje suicidalnosti uglavnom ne preporučuju psihijatrijsku hospitalizaciju kao prvi izbor u liječenju pacijenta. Veća učestalost hospitalnog liječenja pokušaja suicida vjerojatno ukazuje na nedostatke specifičnih psihijatrijskih i ostalih službi za zaštitu mentalnog zdravlja. Ukupan broj pokušaja suicida muškaraca premašuje ukupan broj pokušaja suicida žena 14%. S obzirom na suprotne izvještaje iz svjetske literature, istraživanje treba proširiti na veći uzorak i šire vremensko razdoblje radi evaluacije eventualnih specifičnosti vezanih za aktuelne socio-ekonomske okolnosti.

Prosječna dob u obje ispitivane skupine pokazuje pomak k mlađoj dobnoj skupini što odgovara prepoznatoj svjetskoj tendenciji u ovoj dijagnostičkoj kategoriji (3).

Pacijenti s dijagnozom pokušaja suicida čest su i značajan problem pri hitnom psihijatrijskom prijemu. Obzirom na značaj pokušaja suicida u sklopu sveobuhvatnog liječenja suicidalnosti, potrebno je razviti preciznije kriterije za evaluaciju suicidalnog rizika kao i sustavno praćenje različitih skupina pacijenata u okviru regije, u skladu s principima psihijatrije u zajednici.

Literatura:

1. Hillard R.J. *Predicting Suicide, Psychiatr Serv* 1995 vol 46.3712-8
2. Folnegović-Šmalc V. *Sicidalnost-pristup, pojmovi i definicije. U: Kocijan-Hercigonja D, Folnegović-Šmalc V. Ur. Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti. Priručnik Ministarstvo hrvatskih branitelja 6-9 1999 Zagreb.*
3. Kovčo I, Orlović V. *Samoubojstva na području Splitko-dalmatinske županije. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu. 34/45-46, 1997, str. 115-131.*

ZNAČAJ DIJAGNOZE PRESUICIDALNOG SINDROMA U PREVENCIJI SAMOUBOJSTVA

Mate Mihanović, Branka Restek-Petrović, Zdravko Čokić

Presuicidalnu psihopatološku dinamiku potencijalnih samoubojica je E. Ringel konceptualizirao u presuicidalnom sindromu, čije su pak glavne fenomenološke značajke: osjećaj stješnjenosti zbog sniženja motivacije; interesa i aktivnosti, s objekata pomjerena i na samog sebe usmjerena agresija te često i konkretno maštanje o samoubojstvu. Dijagnoza pak presuicidalnog sindroma spada u sekundarnu prevenciju koja podrazumijeva što ranije otkrivanje, odnosno dijagnozu, te u primjenu potencijalnih samoubojica ako i kad je to potrebno provođenje učinkovita liječenja, osobe kod kojih se dijagnosticira spadaju u visokorizičnu skupinu u odnosu na mogućnost da stvarno izvrše suicid. No, kako potencijalne samoubojice često disimuliraju ili pak nesvjesno prikrivaju psihopatološke simptome presuicidalnog sindroma, za cjelovitu i učinkovitu prevenciju nije dostatno samo dijagnosticirati presuicidalni sindrom nego je potrebno dijagnosticirati i suicidogene čimbenike, odnosno činitelje suicidalnog rizika, kao što su to: dob i spol, biološka krizna razdoblja, narav stresa i kriznih stanja, depresija; ovisnosti o alkoholu i drogama te ostale psihičke bolesti i poremećaji, organske bolesti infaustne prognoze i hipohondrija, prethodni pokušaji suicida, izravne ili neizravne prijetnje suicidom, suicid među članovima obitelji ili u bližoj okolini, psihološka struktura ličnosti i životni stil, model komuniciranja s okolinom, gubitak obveza i smisla života, usamljenost te pripadnost etničkim i subkulturnim grupama.

RAZNO

BIOLOGIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Miro Jakovljević

Suicidalno ponašanje odraz je složene interakcije između bioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih čimbenika koji određuju odnos između suicidalne osobe i njezine okoline. Istraživanja upućuju na važnu ulogu različitih neurotransmitorskih sustava, prije svega serotoniniskog ali i noradrenergičkog i dopaminergičkog sustava. U posljednje vrijeme se istražuje i uloga glutaminičnog i gabaerģičkog sustava. Psihofarmaci se mogu bitno razlikovati glede svojega mogućeg suicidalnog i antisuicidalnog učinka. Podaci o ulozi hipotalamično-hipofizno-adrenalne u suicidalnom ponašanju su proturječni. Zanimljiva su istraživanja o povezanosti niske razine kolesterola i suicidalnosti. Etiološka istraživanja predstavljaju most između psihodinamskih, sociodinamskih i bioloških hipoteza i teorija o suicidalnom ponašanju. Prefrontalni korteks, koji igra važnu ulogu u kognitivnim emocionalnim i motivacijskim procesima, predstavlja raskršće gdje se povezuje biološke i psihološke teorije koje pokušavaju objasniti suicidalnost, ali veoma važna uloga u moždanog debla. Genetska istraživanja blizanaca kao i obiteljskog stabla te adoptivne studije upućuju na genetsku predispoziciju za suicid. Molekularna genetika upućuje na polimorfizam TPH gena koji je uključen u sintezu serotonina.

Suicidalno ponašanje susreće se u različitim psihijatrijskim poremećajima, ali je povezano i s različitim crtama ličnosti, karaktera i temperamenta. Za sada ne postoji opća teorija suicidalnosti, a od budućih istraživanja očekuje se da pomognu u razgraničavanju bioloških promjena koje su u osnovi suicidalnog ponašanja od promjena koje su u osnovi psihopatoloških stanja koja su često praćena suicidalnošću.

METODOLOŠKI PROBLEMI U IZUČAVANJU EPIDEMIOLOGIJE SUICIDA U R. HRVATSKOJ

Tomić G., Henigsberg N., Folnegović-Šmalc V.

Epidemiologija suicida vrlo je aktualan psihološko-psihijatrijski i društveni problem u R. Hrvatskoj. Brojna istraživanja kao i svakodnevna klinička praksa ukazuju na mogući porast suicida kod mlađih osoba muškog spola. U skladu s tim želja nam je usporediti trend kretanja stope suicida po pojedinim segmentima populacije za prijeratni, ratni i poslijeratni period. Podaci su uglavnom precizno prikupljeni i s njima raspoložemo. Međutim, tijekom Domovinskog rata u Hrvatskoj su se događale brojne migracije, istovremeno su deseci pa i stotine tisuća osoba useljavale i iseljavale iz i u Hrvatsku, veći dio tih osoba se ponovno vraćao u svoje prvotne domove. Posljednji popis stanovnika RH bio je prije Domovinskog rata, pa se današnji broj stanovnika može za sada samo procijeniti. U skladu s tim navodi se glavni problem u izučavanju trenda kretanja suicida, a to je nemogućnost izračunavanja stope suicida, koja je bitna u vršenju komparacije dviju populacija ili iste populacije u različitim vremenskim periodima. Zbog toga je za sada moguće uspoređivati *apsolutne* brojeve za populaciju Hrvatske ili za reprezentativni uzorak populacije a ne i *stope*. Prikupljeni podaci moći će biti adekvatno interpretirani tek nakon završenog popisa stanovnika.

PREVENCIJA SUICIDALNOSTI

Čokić Z., Mihanović M., Henigsberg N., Folnegović-Šmalc V.

U suvremenoj Hrvatskoj evidentira se posljednjih nekoliko godina jači porast broja samoubojstava posebice u mlađoj muškoj populaciji. Ta pojava predstavlja ozbiljan društveni i medicinsko-psihološki problem, pa smo u skladu s tim predložili slijedeći program prevencije visoko rizične skupine psihotraumatiziranih osoba.

Iz stručne literature kao i iz vlastitog kliničkog iskustva poznato je, da među visoko rizične faktore suicidalnog ponašanja spadaju:

- jaki psihološki bol
- interpersonalni problemi
- osjećaj odbačenosti i bezizlaznosti
- nemogućnost kontroliranja postupaka
- kognitivno i emocionalno sužavanje

U ispitivanje smo uključili 2 skupine ispitanika, koje su pokazivale tijekom svog života suicidalno ponašanje. U obje skupine su primijenjeni testovi, kojima smo ispitali njihov stav prema suicidu. Potom ih se uključuje u preventivni program suicidalnog ponašanja, nakon čega se ponovno provodi ispitivanje stava prema suicidu. Dvije su se skupine razlikovale u vrsti preventivnog programa: jedna je skupina primala socioterapijski program, druga je skupina uz socioterapijski program bila i na medikamentoznoj terapiji.

Rezultati ispitivanja su ukazali na veće promjene u odnosu na suicid u skupini ispitanika s kombiniranom terapijom

INDEX AUTORA

Alegić Anita
Bagarić Ante
Bajs Maja
Bender Horvat Sanja
Biškup Marijan
Bošković Gordana
Brkić Ivana
Čičin-Šain Lipa
Čokić Zdravko
Ćurković-Saganić Marija
Dellale Mirela
Definis Gojanović M.
Dodig Goran
Erceg M.
Filjak Tomislav
Folnegović-Grošić Petra
Folnegović-Šmalc Vera
Folnegović Zdenko
Fučkar M.
Grgić Mirela
Gilić Ante
Glavina Trpimir
Grubišić-Ilić Mirjana
Gruden Vladimir
Hećimović Vladimir
Henigsberg Neven
Horvat Sanja
Hrabak-Žerjavić Vlasta
Hranilović Dubravka
Ivezić Slađana
Jacić Dejan
Jakovljević Miro
Jambrošić Andrea
Janović Špiro
Jelačić Patricija
Jendričko Tihana
Jernej Branimir
John Nada
Jukić Vlado
Karničnik Snježana
Katavić Zdenko
Knežević Zlata
Kocijan-Hercigonja Dubravka
Kocmar Margo
Koić Elvira

Kovačević Karmen
Kozarić-Kovač Dragica
Kralj Verica
Lasić Davor
Lažeta Katica
Lončar Mladen
Lovaković Vesna
Ljubimir Vinka
Ljubin Tajana
Mandić Nikola
Marcikić Mladen
Marković Hrvoje
Marušić Ž.
Matulić-Karadole Vesna
Mihanović Mate
Mimica Ninoslav
Mirošević Monika
Moro Ljiljana
Morović J.
Morović S.
Rak Davor
Rakić Siniša
Restek-Petrović Branka
Sedić Biserka
Silobrčić Radić Maja
Smiljanić Vojislav
Smoljanić A.
Šendula-Jengiće Vesna
Šendula-Pavelić Martina
Šimičić Zdravko
Škifić Boris
Štefan Suzana
Štrkalj Ivezić slađana
Šurlina-Balaban Loredana
Tomić Gordana
Urlić Ivan
Uzun Suzana
Vilibić Maja
Vinković-Grabarić Marija
Vučenović Dario
Zelić Anto
Žampera Emil
Živković Mario
Žuljan Marija