

**УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ**

**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ**

**Албина А. Станојевић**

**АНАЛИЗА ФАКТОРА РИЗИКА ЗА СУИЦИДАЛНО  
ПОНАШАЊЕ КОД АФЕКТИВНИХ И СХИЗОФРЕНИХ  
ПОРЕМЕЋАЈА**

**ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА**

**Косовска Митровица, 2016**



**УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ**

**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ**

**Албина А. Станојевић**

**АНАЛИЗА ФАКТОРА РИЗИКА ЗА СУИЦИДАЛНО  
ПОНАШАЊЕ КОД АФЕКТИВНИХ И СХИЗОФРЕНИХ  
ПОРЕМЕЋАЈА**

**ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА**

Ментор: Проф. др Милутин М. Ненадовић

**Косовска Митровица, 2016**

**UNIVERSITY OF BELGRADE**

**MEDICAL FACULTY**

*Albina A. Stanojević*

**ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR SUICIDAL  
BEHAVIOR WITHIN AFFECTIVE AND SCHIZOPHRENIC  
DISORDERS**

**DOCTORAL DISSERTATION**

**Kosovska Mitrovica, 2016**

Ментор:

Проф. др Милутин М. Ненадовић, Медицински факултет Универзитета у Приштини  
са седиштем у Косовској Митровици

Чланови Комисије:

1. Председник - Проф. др Александар Јовановић, Медицински факултет  
Универзитета у Београду
2. Члан - Проф. др Милутин М. Ненадовић, Медицински факултет Универзитета  
у Приштини са седиштем у Косовској Митровици
3. Члан - Проф. др Срђан Миловановић, Медицински факултет Универзитета у  
Београду

Датум одбране:

# АНАЛИЗА ФАКТОРА РИЗИКА ЗА СУИЦИДАЛНО ПОНАШАЊЕ КОД АФЕКТИВНИХ И СХИЗОФРЕНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

## САЖЕТАК

**Увод:** Ментални поремећаји и обољења су највећи фактори ризика за суицидалност. Афективни поремећаји и схизофренија као психијатријски ентитети су најфреквентнији ризико фактори суицидалног понашања. Ризик за суицид се може предвидети утврђивањем фактора ризика и процене суицидалности индивидуе. Податак о хередитету и ранијим покушајима самоубиства су битни за психијатра у предикцији суицида.

**Циљ:** Основни циљ овог истраживања је да се процени суицидални ризик код хоспитализованих пацијената са афективним поремећајем и схизофренијом, а добијени резултати доведу у везу са њиховим демографским карактеристикама. Утврдиће се и постојање позитивне корелације тежине клиничке слике и утврђене висине суицидалног ризика.

**Методике:** Истраживањем је обухваћено 180 пацијената. Експерименталну групу чини 120 пацијената са афективним поремећајима (рекурентни депресивни и афективни поремећаји), а контролна група је 60 схизофрених пацијената. Инструменти коришћени у овом истраживању су : структурисани психијатријски интервју, скала за процену тежине клиничке слике схизофреније и скала за процену тежине депресије, и Колумбијска скала процене озбиљности суицида. Добијени подаци су обрађени стандардним статистичким методама. Коришћена је и мултифакторијална анализа за одређивање фактора – варијабли које су означене као предиктори суицида.

**Резултати:** Суицидална идеација мерена валидном рејтинг скалом C-SSRS утврђена је код 155 испитаника или у 86,1% укупног узорка. Истраживањем је потврђен статистички значајно већи број покушаја самоубиства код жена у односу на мушкарце у експерименталној групи ( $p < 0.05$ ). Суицидално понашање је чешће код испитаника млађе животне доби ( $\chi^2 = 6.295$ ,  $p < 0.05$ ) а њих 60% показују суицидално понашање ако се млађи испитаници посматрају као посебна категорија.

**Закључак:** Испитаници са повишеним суицидалним понашањем су женског пола млађе животне доби, имали су претходне покушаје суицида и они за које постоје подаци о суициду у породици. Суицидално понашање је чешће и већег интензитета код испитаника са афективним поремећајима поређено са схизофреним.

**Кључне речи:** Суицидално понашање, фактори ризика за суицид, афективни поремећаји, суицидално понашање код схизофрених.

**Научна област:** Медицинске науке

**Ужа научна област:** Психијатрија

# ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR SUICIDAL BEHAVIOR WITHIN AFFECTIVE AND SCHIZOPHRENIC DISORDERS

## ABSTRACT

**Preface:** The main risk factors for suicide are mental disorders and illnesses. As psychiatric entities affective and schizophrenic disorders are most common risk factors for suicidal behavior. Suicidal risk can be anticipated by determining risk factors and evaluation of each individual suicidal behavior. Data about heredity and previous suicidal attempts are of most importance for psychiatrists in prediction of suicide.

**Objective:** The main objective of this research is to evaluate the suicidal risk of new inpatients with affective disorders and schizophrenia and correlate those data with patients' demographics. Also the correlation between clinical features of this disorders and the height of suicidal risk will be measured.

**Methods:** The study included 180 patients. Experimental group included 120 patients with affective disorders (recurrent depressive disorder and affective disorder) while control group included 60 patients having schizophrenic disorder. Instruments used in this research were: structural psychiatric interview, Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia – PANSS, Hamilton Depression Rating Scale – HAMD and Columbia Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS. Data were elaborated by standard statistical procedures and multifactor data analysis was used to extract variables labeled as suicidal predictors.

**Results:** Suicidal ideation measured by C-SSRS was present in 155 patients or in 86,1%. This research has showed that attempt of suicide in experimental group is more common in females ( $p < 0,05$ ). Suicidal behavior is more common in younger patients ( $\chi^2 = 6.295$ ,  $p < 0.05$ ) and also 60% of them have showed suicidal behavior.

**Conclusion:** Examinees with higher suicidal behavior are young females with previous suicidal attempts and those who have suicide in their family anamnesis. Suicidal behavior is more common and has higher intensity among patients with affective disorders in comparison with schizophrenic disorder.

**Key words:** Suicidal behavior, Suicidal risk factors, Affective disorders, Suicidal behavior in schizophrenia.

**Science:** Medical Science

**Field of science:** Psychiatry

## САДРЖАЈ:

<b>1. УВОД.....</b>	<b>9</b>
1.1. Самоубиство и покушај самоубиства .....	10
1.1.1. Предвиђање самоубиства .....	12
1.2. Афективни поремећаји .....	13
1.2.1. Епидемиолошке карактеристике афективних поремећаја .....	14
1.2.2. Етиопатогенеза афективних поремећаја .....	15
1.2.3. Фактори ризика за афективне поремећаје.....	15
1.2.4. Афективни поремећаји у међународним класификацијама .....	17
1.2.5. Суицидални ризик код униполарне и биполарне депресије .....	18
1.3. Шизофрени поремећаји .....	18
1.3.1. Епидемиолошке карактеристике шизофрених поремећаја .....	19
1.3.2. Ток и прогноза шизофреног поремећаја .....	20
1.3.3. Суицидални ризик код шизофрених поремећаја .....	21
1.4. Теоријски приступи проучавања самоубиства.....	22
1.4.1. Социолошки аспект самоубиства.....	23
1.4.2. Религијски аспект самоубиства.....	24
1.4.3. Психоаналитички и когнитивни аспект самоубиства .....	25
1.5. Психијатријски аспект самоубиства .....	26
1.6. Епидемиолошке карактеристике суицидалног понашања .....	27
1.7. Фактори ризика за самоубиство и етиопатогенеза.....	28
1.7.1. Социодемографски фактори.....	28
1.7.2. Биолошко-генетски фактори .....	30
1.7.3. Психолошки фактори .....	30
<b>2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА.....</b>	<b>31</b>
2.1. Хипотезе истраживања.....	31
<b>3. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА .....</b>	<b>32</b>
3.1. Врста студије .....	32
3.2. Место и време истраживања .....	32
3.3. Формирање узорка.....	33
3.4. Варијабле истраживања.....	33
3.5. Инструменти истраживања .....	34
3.6. Статистичка обрада података.....	37
3.7. Етичност истраживања и одобрења.....	37



<b>4.</b>	<b>РЕЗУЛТАТИ .....</b>	<b>38</b>
4.1.	Демографске и опште карактеристике испитаника као независне варијабле ..	38
4.2.	Ризико фактори за појаву суицидалног понашања .....	47
4.3.	Облици психолошки и клинички испољене суицидалности зависне варијабле	52
4.4.	Исход и метод покушаног самоубиства .....	61
4.5.	Компаративна анализа независних варијабли и покушаја суицида .....	67
4.6.	Компаративна анализа независних варијабли и суицидалне идеације и интензитета идеације као зависних варијабли .....	69
4.7.	Мултиваријантна факторска анализа ризика за суицидално понашање .....	70
<b>5.</b>	<b>ДИСКУСИЈА .....</b>	<b>73</b>
<b>6.</b>	<b>ЗАКЉУЧЦИ.....</b>	<b>85</b>
<b>7.</b>	<b>ПРЕДЛОГ МЕРА.....</b>	<b>87</b>
<b>8.</b>	<b>ОГРАНИЧЕЊА СТУДИЈЕ .....</b>	<b>89</b>
<b>9.</b>	<b>ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>90</b>
<b>10.</b>	<b>ПРИЛОЗИ .....</b>	<b>105</b>
<b>11.</b>	<b>БИОГРАФИЈА.....</b>	<b>118</b>
<b>12.</b>	<b>СПИСАК КОРИШЋЕНИХ СКРАЋЕНИЦА.....</b>	<b>120</b>

*„Да се не бих бојао смрти, на њу стално мислим“.*

*Сенека*

## 1. УВОД

Проучавње самоубиства као феномена прате тешкоће, које потичу из комплексности и хетерогености самог чина. Дефинисање појма самоубиства, неизоставно прати потреба разграничења и појмова попут покушаја суицида, самоповређивања, суицидалног понашања, својевољне смрти и самоуништења (1).

Бројни суицидолози дефинишу самоубиство као психопатолошка догађања и поступке кроз које данима или недељама пре самоубиства пролази потенцијални самоубица, што иде од пада виталних функција, туге и депресије преко агресије усмерене најчешће према унутра до суицидалних фантазија и психичке анестезије (2,1).

Самоубиство, потиче од речи "suicidium" и латинског је порекла (sui-себе, occidere-убити, caedes-убиство). За одлуку о самоубиству потребни су суицидогена диспозиција и суицидогени узроци односно фактори ризика за суицид (3).

Етиологија самоубиства се и даље изучава али још увек не постоје јасни емпиријски докази о томе зашто и под којим условима неки фактори иницирају ову појаву (4).

Премда су подаци које проналазимо у литератури шаролики, несумњиво је, да је овај аутоагресивни чин, чешћи у популацији психијатријских пацијената (5).

Самоубилачки акт је често био тема уметника и филозофа, у нади да дају објашњења таквом понашању. С тим у вези, самоубиство је било присутно у свим епохама развоја људске цивилизације. Тако, у античком добу најчешћи разлози за самоубиство су били очување достојанства и избегавање душевне боли. Даље, у средњем веку, доба када су владале црквене догме, на такво понашање се гледало са осудом. Тек касније, са развојем људске мисли, одвајањем науке и цркве, самоубица престаје да буде злочинац, демонски запоседнута особа, већ се на њега гледа као на жртву и у 19. веку самоубиством почиње да се бави судска медицина, а касније и психијатрија (6,7).

Поред научног приступа самоубилачком понашању, тим се чином бавила и уметност. Књижевност нуди психолошке приле самоубица, те тако Данте пише о

самоубиству Клеопатре и Јуде, Шекспир о самоубиству Ромеа и Јулије, док се Хамлет пита: “.. бити или не бити“. Касније о самоубиству су писали и Достојевски, Толстој, Александар Дима, Виктор Иго, а енглеска књижевница Вирџинија Вулф и амерички нобеловац Ернест Хемингвеј су извршили самоубиство (8).

### **1.1. Самоубиство и покушај самоубиства**

Социолошко објашњење суицида као феномена први је дао француски социолог Emile Durkheim крајем двадесетог века (9).

Медицински а посебно савремени психијатријски став према самоубиству и/или покушају самоубиства везује се за нагонску сверу и изучава се као поремећај мотива живљења. Самоубиство се сматра последицом снижења нагонских тј. виталних пулзија у енергентском смислу (1,10).

Квантитативни поремећаји нагона за живљењем могу се манифестовати као повишење жеље за животом или њено снижење, све до самоубиства (11). Зависно од присуства или одсуства регулације и интеграције, објаснио је четири врсте самоубиства: егоистичко/алтруистичко као последица слабе, односне прејаке интегрисаности у друштву и аномичко / фаталистичко као последица поремећаја регулаторне функције друштва (норме и вредности друштва су се изгубиле или га претерано притискају) (9).

**1. Повишење нагона за животом** у психопатолошком смислу виђа се у склопу *синдрома хиперхормије* (манија) — код ове душевне болести сви мотиви су повишени.

**2. Снижење нагона за животом** до потпуног гашења жеље за животом феноменолошки прати депресивне душевне поремећаје у оквиру хипохормичког или анхормичког синдрома, односно гашења свих мотива и нагонских пулзија.

**Самоубиство** или *суицид*, односно феномен самоуништења, у клиничкој психијатријској пракси се манифестује кроз следеће феномене (12).

**а) Суицидална идеја** — болесник размишља о сопственој безвредности, као и безвредности свог живота и разматра могућност да га прекине, односно да се убије.

**б) Суицидална тенденција** — болесник у мисаоном процесу доноси одлуку да се убије и почиње да прави план и предузима одређене мере, рецимо прикупља средства за реализацију самоубиства (оружје, лекови итд.)

**ц) Тентамен суициди** је сам покушај самоубиства, тј. неуспешно и нереализовано самоубиство.

**д) Суицидум** — реализовано самоубиство, односно остварење намеравање а добровољне смрти (*морс волунтиарија*).

Мотив самоубиства, и самоубиствена тенденција, у бројним случајевима није довољан за реализацију самоубиства, јер се мотив за прекидом живота сукобљава са суштином виталног нагона и свакако социјалним мотивима и структуром личности. Зато се таква особа колеба и тражи помоћ — "**апел феномен**" (13).

Психијатрија разликује три групе суицида.

— **Самоубиство на психопатолошкој мотивацији** — карактеристично је за душевне болести (депресија, халуцинације, шизофренија) (14).

— **Самоубиство као последица рационалних мотива** — подразумева билансна или рационална самоубиства. Особе које се одлуче на овај вид самоубиства су свесне и са психијатријског аспекта управљају слободном вољом. Самоубица прави биланс помогнут и социјалним мотивима (15).

— **Демонстративна самоубиства** — завршавају се углавном на нивоу *шенијамена суициди* и чине их особе са неуротичним нивоом поремећене складности своје менталне укупности. Треба знати да се некада покушај демонстративног самоубиства само из рентне намере задесно ипак заврши фатално, тј. реализацијом (16).

### 1.1.1. Предвиђање самоубиства

Бројни су покушаји којима су суицидолози и истраживачи покушали да предвиде суицид (17). За предвиђање суицидалног понашања користиле су се пројективне технике Rorschach-ов тест мрља, различити инвентари личности као што је ММПИ са индикативним нивоима агресивности, незрелости, импулсивности, психотицизма и конверзије, затим Бек-ова скала депресивности, анксиозности и безнадежности.

Новије скале су Инвентар разлога за живљење (RFL) Marsha Linehan, Time Questionnaire (TQ) Roberta Yufita, Скала вероватности суицида (SPS) Johna и Culla Waune Gill (5,18).

Такође се у истраживачке сврхе примењују упитници и структурисани интервјуи. Иако је у почетку идеја истраживача била да се конструише мерни инструмент који ће имати високу предиктивну моћ, на жалост не постоји ниједна метода којом би се на егзактан начин могла захватити сва сложеност суицидалног понашања (19).

Данас је предикција суицида веома важан истраживачки проблем. Ако се пронађе суицидални ризик у неком од инвентара, потребно га је потврдити и другим истраживачким опцијама. Ако се догоди обрнута ситуација то не значи да суицидални ризик не постоји. Клинички приступ сједињује све аспекте испитивања суицидалне особе, те у себи садржи свеобухватну психолошку обраду, којом се комбинују разне посредне и непосредне технике процене суицидалности (20).

Процена ризика од суицидалности се базира на вештинама добре комуникације клиничара са суицидантом. Потребан је добар клинички интервју при чему је мултифакторска методологија само прихватљив додатак (5,21).

Податак о покушају самоубиства представља снажан предиктор поновног суицидалног чина, јер није тачно да се већина суицидалних чинова догађа без

икакве посредне и непосредне најаве или бар претходног понашања које може да упозори на суицидалну ризичност пацијента (22).

## **1.2. Афективни поремећаји**

Поремећаји расположења или афективни поремећаји су стања нарушеног складног менталног функционисања са присутном хипертимијом поларизованом у правцу безразложне туге или безразложне веселости јаког интензитета и дугог трајања (23). Најчешћи афективни поремећај су униполарни поремећај код којег је депресивно расположење особе углавном трајно и биполарни поремећај, у коме се периоди маније смењују са периодима депресије ( МКВ-Х) (24).

Досадашња истраживања нису потврдила разлике у испољавању депресивне епизоде код биполарног и депресивног поремећаја (25).

Подела депресија на униполарне и биполарне, коју је 50-тих година прошлог века предложио Leonhard (1957), веома је значајна у свакодневној клиничкој пракси, јер се стратегије лечења униполарних и биполарних поремећаја расположења битно разликују.

Препоруке везане за терапију биполарних и униполарних депресија приказане су у Терапијским смерницама за лечење биполарног афективног поремећаја и Националном водичу добре клиничке праксе за депресију (26,27).

Истраживачким радовима је потврђено постојање разлика између биполарних и униполарних депресија у погледу херeditарног оптерећења, преморбидне личности, односа полова, узраста у време јављања поремећаја, карактеристика клиничке слике и реаговања на терапију (28).

Према подацима СЗО депресија је четврти најчешћи узрок инвалидности, а процењује се да ће 2020. године бити на другом месту (29). Разлози за повећану учесталост депресивних поремећаја су велике промене савременог доба, када се животни век продужава, повећава ниво стреса, слаби социјална подршка због начина функционисања унутар породице и заједнице (30). Примена еволутивних теорија може, такође довести до нових приступа третману и новим етиолошким теоријама

(31). Процењује се да је депресија у Европи недовољно лечена, а различите опције третмана недовољно коришћене (32).

Истраживања из наше земље упућују да је депресија најчешће препозната, а самим тим и нелечена (33).

Депресивни поремећаји сматрају се једним од највећих здравствених проблема од јавног значаја због нарушавања квалитета живота, а релативно често, код 10% до 15% депресивних особа, завршавају са суицидом (34).

### **1.2.1. Епидемиолошке карактеристике афективних поремећаја**

Животна преваленца за депресивне поремећаје креће се између 4 и 10%. Подаци из истраживања указују да је депресија 1,5 до 2 пута чешћа код особа женског пола, између 18 -те и 64-те године живота (35). На стопу преваленце утичу социоекономски фактори као што су незапосленост, сиромаштво, нижа квалификација, лошији услови живота као и живот у урбаним срединама (36). Депресија утиче на породично функционисање и партнерске односе а испитивања указују да депресија код родитеља може довести до занемаривања и појаве значајних поремећаја код деце (37).

Права величина проблема депресија и других менталних поремећаја сагледана је тек увођењем збирних показатеља који узимају у обзир и утицај болести на квалитет живота (38). Униполарна депресија је, према резултатима студије глобалног оптерећења болешћу у 2000. години са 11,9% била водећи узрок изгубљених година живота због неспособности у свету (24). За разлику од прошлости, када је депресија сматрана болешћу средовечних и старијих људи, узраст у коме ова болест започиње помера се улево, ка касним двадесетим годинама живота (39).

Процена животне преваленције за БАП I (биполарни афективни поремећај, најмање једна манична епизода) је у интервалу 0,4 – 1,6% а БАП II (само хипоманија и депресија) од 1,5% до 2,5% (40). Резултати новијих истраживања у општој популацији, указују да распрострањеност БАП-а који укључује сва обољења из биполарног спектра, износи и до 4,0%, односно 5,5% (41).



Према процени, у укупној светској популацији, најчешћих узрока изгубљеног живота због неспособности за 2000. годину, у добној групи 15–44 године, биполарни афективни поремећај је на четвртом месту код мушкараца и код жена. Важно је напоменути да се на прва три места код мушкараца посматране добне групе налазе менталне болести: униполарна депресија, поремећаји употребе алкохола и шизофренија, а да се код жена као најчешћи узрок изгубљеног живота због неспособности јавља униполарна депресија и као трећа, шизофренија (42).

Током периода од 2009–2013. година, на основу података о болничком морбидитету у Србији на психијатријским одељењима болница за краткотрајну хоспитализацију и у специјалним психијатријским болницама, број пацијената са дијагнозама афективног биполарног душевног обољења (Ф31.0–Ф31.9) је порастао са 1093 у 2009. на 1446 у 2013. години, а жене су чиниле око 2/3 хоспитализованих пацијената у свим анализираним годинама (34).

### **1.2.2. Етиопатогенеза афективних поремећаја**

Посматрано из етиолошке перспективе, афективни поремећај карактерише низ специфичности. Дијагностички ентитет који називамо биполарни поремећај, обухвата различите биолошке ентитете са фенотипским манифестацијама које су међусобно довољно сличне да их сврстамо под исти дијагностички оквир (1,7).

Промене на нивоу можданих мрежа и алтерације неуротрансмисије карактеристичне за афективне поремећаје (биогени амини, глутамат, ГАБА-ергичка неуротрансмисија), ремете функционалност аутономних, неуроендокриних и имуних система, што без сумње значајно доприноси високом соматском морбидитету поремећаја (43). Актуелна истраживања указују и на патофизиолошку разноликост поремећаја расположења и пружа могућност индивидуално-специфичног терапијског приступа заснованог на вези између констелације симптома, генетских и специфичних ендотипских маркера (44,43).

### **1.2.3. Фактори ризика за афективне поремећаје**

Посебног значаја су фактори ризика за афективне поремећаје, при чему је неопходна дистинкција између тзв. дисталних фактора ризика који носе вулнерабилност за поремећај (генетска предиспозиција - највећи појединачни фактор ризика) и проксималних фактора ризика који повећавају шансу за испољавање депресивне или маничне фазе болести. Потврђен је и значај негативних животних догађаја, поготово за испољавање прве маничне или депресивне епизоде афективних поремећаја (45). Прихваћени у литератури фактори ризика за настанак афективних поремећаја су бројни. Најчешће се ипак наводе :

- **Пол** - Ризик оболевања од депресије већи је код жена (однос стопа за жене и мушкарце креће се од 1,4:1 до 2,7:1) у свим земљама и перзистентан је током времена. Резултати студије оптерећења болешћу у Србији, такође, указују на чешће оболевање жена од ове болести у односу на мушкарце (46). Да разлика у оболевању полова није резултат веће спремности жена да пријаве поремећај или да затраже медицинску помоћ, указују више стопе депресије, како у групи лечених, тако и у групи не лечених жена. Прави узрок разлика у оболевању полова још увек није познат (47).

- **Узраст** - Највећа преваленција униполарне депресије запажена је у раном одраслом добу. У студији глобалног оптерећења болешћу, депресија се нашла на првом месту у узрасној групи од 15 до 44 године (48). Најчешће оптерећење депресијом у Србији уочено је у узрасту 15-44 год., највероватније као последица већег оптерећења овом болешћу у раном одраслом добу, у односу на све остале узрасте. У популацији старијих, преваленција униполарне депресије опада са узрастом и износи мање од 5%, док се код адолесцената бележе вредности преваленције ове болести од 4% до 17% (49).

- **Социо-економски статус** - Нижи ниво образовања и незапосленост представљају факторе ризика за настанак депресије. Губитак посла и немогућност запослења доприносе психолошком, социјалном и економском стресу који могу да

буду предиспонирајући фактори за депресију. С друге стране депресија може онемогућити оболеле да нађу или задрже посао (50).

- **Урбано-руралне разлике** - Неколико студија је указало на нижу преваленцију депресије и депресивних симптома у руралним, у односу на урбана подручја (51).

- **Брачни статус** - Јака корелација између брачног стања и депресије уочена је у неколико студија спроведених у свету (ЕСА, NCS и Edmonston студија). Особе које живе у браку имају најнижу, а особе које живе саме, као и разведене особе, највишу преваленцију униполарне депресије (52).

#### **1.2.4. Афективни поремећаји у међународним класификацијама**

Афективни поремећаји су у десетој Међународној класификацији болести (МКВ-Х) сврстани у категорију F3, која обухвата поремећаје расположења, где је јасна подела између депресивних и биполарних поремећаја (53).

Биполарни поремећај се издваја као засебан дијагностички ентитет који карактерише присуство минимум две поновљене епизоде у којима се смењују фазе маније или хипоманије и депресије. Депресивни поремећаји подељени су на депресивну епизоду, рекурентни депресивни поремећај и перзистентни депресивни поремећај-дистимију. МКВ-Х предвиђа и типизацију депресивних епизода (било да се јављају појединачно или се ради о рекурентном депресивном поремећају) у односу на интензитет, присуство/одсуство соматских симптома и постојање психотичних карактеристика (54).

За разлику од МКВ-Х, DSM-IV и DSM -V класификација Америчког психијатријског удружења прави дистинкцију између биполарног поремећаја типа I (карактерисан примарно присуством пуне маничне епизоде) и биполарног поремећаја типа II (депресивне епизоде плус епизоде хипоманије), инспирисане вишедеценијском традицијом испитивања тзв. Биполарног спектра (53,55).

### **1.2.5. Суицидални ризик код униполарне и биполарне депресије**

Ризик од суицида је, међу психијатријским пацијентима, највећи код особа са депресијом. Две трећине свих суицида извршавају депресивне особе. Депресија повећава ризик од суицида, у поређењу са општом популацијом четири пута, а двадесет пута код особа с тешким облицима депресије (56).

Фактори ризика за суицид код депресивних особа су: присуство анксиозности, агитације, паничних напада, инсомније, анхедоније, лоше концентрације, осећања беспомоћности и безнадежности, импулсивност, злоупотреба психоактивних супстанци, мушки пол између 20 и 30 година и старији од 50 година, женски пол између 40 и 60 година, старије животно доба, претходни суицидални покушаји, породична историја о суицидалном понашању (57).

Пацијенти који су у стању да идентификују више разлога за живљење исказују мањи ризик суицидалне идеације и подстицаја на самоуништење. Суицидални ризик је један од разлога да се депресивни пацијент хоспитализује (58).

Постоји већи број ситуација у којима се саветује болничко лечење депресивних болесника. То су: безбедност пацијената или особа из околине, дијагностичка евалуација (поготово када су у питању коморбидни поремећаји, психијатријски или телесни), брзо погоршавање стања или тежина клиничке слике (суицидална идеација, безнађе, психотични симптоми), немогућност пацијента да функционише у својој средини, као и нагли губитак социјалне подршке (59).

Ризик од самоубиства у афективном поремећају креће се од 17-19%, односно од 15-20 пута је виши него у општој популацији. Резултати такође указују да 25-50% оболелих од афективног поремећаја покушају бар једанпут самоубиство у току животног века. Зато су мере превенције од великог значаја за смањење ризика суицидалности (58). Дакле на основу овако датог прегледа из литературе најчешћи ризико-фактори су лична и породична анамнеза, постојање суицидалног понашања, тешких и честих депресивних епизода, актуелно стање песимизма, агресивно - импулсивно понашање (59).

### **1.3. Схизофрени поремећаји**

Схизофренија (**схизопхрениа**) — етимолошки потиче од грчких речи *схизис* — расцеп и *пхренос* — душа. Први пут је овај назив употребио Еуген Блеулер 1911 године, заменивши дотадашњи назив — демента праецох Емила Крепелина (3).

Схизофренија је хронично обољење које карактерише низ психичких поремећаја који се манифестују при чистој свести. Патогномонични психички поремећаји су: **дисоцијација личности, анхормија и атимија** као главни, а као споредни у феноменолошком синдрому у шизофренији јављају се чулне обмане, сумануте идеје, кататонија итд (12).

Изучавање и разумевање сложене и полиморфне психопатолошке феноменологије ове психозе је од изузетног значаја за научно и стручно унапређивање психијатрије уопште.

Схизофренија се у клиничкој манифестацији јавља у више клиничких форми. У класификацији се разликују: **схизопхрениа симплекс** (облик у коме нема споредних синдрома), **схизопхрениа параноидес** (синдромски богата суманутим идејама и чулним обманама), **кататона схизопхрениа** (изражен кататони синдром), **хебефренија** (клинички најтежи облик шизофреније, почиње у адолесценцији или пре менталног сазревања) (2).

Схизофренија као хронична душевна болест је по клиничкој суштини процес који болесника води у потпуну дезинтеграцију личности и феноменолошки се испољава полиморфизмом симптома. Они су описани у одељцима о поремећајима појединих психичких функција (11).

### **1.3.1. Епидемиолошке карактеристике шизофрених поремећаја**

Према десетој ревизији Међународне класификације болести (МКВ-Х) шизофрени поремећаји су означени као Ф20, а разликује се више њених облика (Ф20.0 – Ф20.9). Схизофрени поремећаји су ментални поремећаји хроничног тока са погоршањима и ремисијама, што је чини болешћу од великог јавно-здравственог значаја, јер представља оптерећење како за породицу пацијента, тако и за друштвену заједницу (и у економском погледу). Светска здравствена организација

(СЗО) означила је шизофренију као једну од десет најчешћих болести које доприносе укупном оптерећењу болести светске популације (60).

Шизофренија према статистикама погађа 24 милиона људи светске популације, а 7 од 1.000 одраслих становника. Стопа инциденције у протеклих педесет година не показује значајне промене и износи 3 оболела на 10.000 становника. Поред тога што је инциденција разболевања ниска, преваленција је висока због хроничитета који карактерише саму болест. Особе са шизофренијом су, у односу на општу популацију, чешће нежењене и неудате и без деце, лошијег су социоекономског статуса и чешће су незапослене (до 80%). Подаци СЗО указују да шизофрени поремећаји спадају међу првих десет узрока онеспособљености у свету, а да пацијент са шизофренијом проведе преко 12 година живота онеспособљен због болести (61).

Шизофрени поремећаји често се јављају удружено са другим психијатријским и непсихијатријским поремећајима. Од психијатријских, најчешћа је зависност од психоактивних супстанци, а од соматских, кардиоваскуларни поремећаји, инфективне и ендокрине болести (62).

### **1.3.2. Ток и прогноза шизофреног поремећаја**

Шизофренија по правилу погађа младе особе, у касној адолесценцији или раном одраслом добу, у периоду када треба да заврше школовање, почну да раде, формирају емотивне везе и оснују породицу.

Поремећај значајно утиче на квалитет живота пацијената и оставља трајне и значајне последице. Стопе обољевања сличне су код мушкараца и жена, али поремећај почиње просечно 5 година раније код особа мушког пола (63).

Шизофрени поремећаји најчешће почињу постепено. Јављању психотичних симптома често претходи продромални период, који се одликује поремећајима у личном и социјалном функционисању (сметње са концентрацијом и памћењем, социјално повлачење, неуобичајено понашање, губитак интересовања за свакодневна збивања, запуштање личне хигијене, смањена ефикасност на послу школи, напетост, раздражљивост, несаница, нова, за особу дотада неуобичајена интересовања) и траје између 2 и 5 година (64).

Погоршању поремећаја често претходе стресне ситуације, употреба психоактивних супстанци, непридржавање упутства о лечењу, а симптоми, који могу указати на појаву релапса, укључује повлачење, несаницу, анксиозност и халуцинације (65).

Лонгитудинална испитивања указују да се когнитивна дисфункција код пацијената са шизофренијом јавља током првих 4 до 5 година болести, а да се по истеку овог периода не региструје значајније погоршање когнитивног функционисања (66). Код дела пацијената током трајања поремећаја негативни симптоми постају проминентнији.

Доказано је да са повољнијом прогнозом поремећаја позитивно корелирају: старији узраст у време јављања болести, женски пол, више образовање, запосленост, бољи социо-економски статус, живот са партнером, боља социјална подршка, боље преморбидно психо-социјално функционисање, непостојање херeditарног оптерећења за шизофренију, непостојање употребе психоактивних супстанци у анамнези, нагао почетак поремећаја, постојање позитивних и афективних симптома, као и одсуство неуроанатомских промена централног нервног система (67). Степен у којем, након акутне фазе, перзистирају позитивни, негативни и когнитивни симптоми, важан је предиктор лошијег функционалног опоравка (68,69).

### **1.3.3. Суицидални ризик код шизофрених поремећаја**

Из овог круга психијатријских поремећаја карактеристични су бизарни, непредвидиви и околина необјашњиви самоубилачки покушаји. Такви покушаји су обично праћени повишеним афектом присилним психотичним импулсима, као што су наредбодавне халуцинације (70). Када говоримо о суицидалном ризику код психотичних поремећаја највећи број истраживања односи се на шизоафективни и параноидни поремећај (71).

Најновије истраживање мета-аналитичке студије у трајању од 1966. до 2005. године показало је да је 4,9% шизофрених болесника почини суицид (72).

Истраживача из Центра за истраживање суицида у Оксфорду у мета-аналитичкој студији, установили су да је ризик од суицидалности шизофрених пацијената био виши код мушкараца беле расе, са вишим образовањем, са вишим

нивоом свесности о постојању болести у оквиру депресије која се јавља након акутизације болести, а да самачки живот, незапосленост и разводи не повећавају ризик од суицида код шизофрених поремећаја (73). То је из разлога што се знатан део шизофрених болесника није удавао, женио и није био запослен.

Ризик за суицид у шизофреним поремећајима присутан је током целог трајања поремећаја, али се истраживачи слажу да је првих шест месеци након отпуста пацијента из болнице и следећих пет година најризичнији период. У једној студији, код шизофрених пацијената откривено је пет најчешћих облика суицидалности: психотична као последица суманутости и халуцинација, депресивна суицидалност због осећаја безнадежности, дезорганизована суицидалност повезана са дезорганизацијом психичких функција и конфузијом, алијенацијска суицидалност као последица непостојања социјалне подршке и реактивна суицидалност подстакнута стресорима у породици и околини (74).

#### **1.4. Теоријски приступи проучавања самоубиства**

Психијатрија као област савремене научне дисциплине је истраживањима усредсређена на разјашњење самоубиства као јединствене појаве код хомосапијенса. Психопатолошка објашњења покушаја и реализације добровољне смрти не задовољавају у потпуности разумевање овог феномена. Наравно психијатрија а посебно психијатри уважавају и теоријске ставове као и изучавања других не медицинских области. Мултифакторски приступ дефиницији човекове добровољне смрти је данас најприхватљивији и могућ (75).

Социолози на суицид гледају углавном као на девијантан и патолошки производ друштва, односно као израз поремећених односа појединца и друштва (76).

Током раног средњег века теолози су имали оправдање за самоубице, јер су оне биле жртве убиства које је починио сотона, те су га ослобађали кривице. Тек касније у десетом веку, црква је суицид поистоветила са хомицидом сматрајући га најстрашнијим грешним чином (77,78).



Психодинамско објашњење самоубиства није могуће заобићи ни у савременим покушајима објашњења (79). Ова објашњења су генерисана из Фројдових истина оскудног писања. Фројд није у довољном обиму развијао теорију о суицидалном процесу. Фројд сматра да нико не би у себи нашао толико душевне снаге, колико му је потребно да би убио самога себе, кад тим својим чином не би убио и „објекат“ са којим је се поистоветио. Другим речима, мора да буде присутан низ потпуно различитих, али јаких мотива, да би такав чин могао да се оствари (80).

#### **1.4.1. Социолошки аспект самоубиства**

Emile Durkheim француски социолог крајем деветнаестог века је први дао социолошко објашњење самоубиства као феномена. Он је говорио да у сваком друштву постоји такозвана колективна свест која утиче на појединца и последица је свих индивидуалних диспозиција за суицид. Његов општи закључак је да самоубиство варира у обрнутој сразмери са интеграцијом друштвене заједнице чији је појединац саставни део, а чије се тежње регулишу социјалним нормама (9). Аутори који су га подржавали тражили су узроке самоубиства у некомпатибилности и конфликту социјалног статуса и социјалних улога човека. Учесталост самоубиства је обрнуто пропорционална степену интеграције у друштво (81). Ова теорија о суициду и ако постоји 120 година, трпи критике на рачун одбацивања ван друштвених утицаја и истицања социолошких класификација свих облика самоубиства (82).

Интеракционистички оријентисани социолози Douglas и Atkinson, 60-их година двадесетог века, критиковали су Durkheim-ову студију суицида и истакли да суицид није последица лоших економских или социјалних прилика, јер је стопа морталитета релативно била стабилна без обзира на друштвене потресе (59,83).

Неки аутори су разрадили теорију хетероагресивности и аутоагресивности наглашавајући улогу социокултурног окружења. Сматрају да је агресија последица различитих фрустрација због економских и друштвених потреса, у ком домену треба тражити и објашњења за повишене стопе суицида (84).

Овим социјалним дискурсом аутори су отворили питање психолошког, социјалног и економског тумачења појаве суицида, што је данас у условима транзиције друштва и економске рецесије двадесетпрвог века, веома актуелна тема у Србији, региону и шире.

#### **1.4.2. Религијски аспект самоубиства**

Јеврејска вера је још експлицитније у својим светим књигама забрањивала суицид, јер су на себе гледали као на напаћене Божје сведоке, којих је било мало у односу на остале народе те је одговорност за егзистенцију групе била и лична одговорност. Али на суицид код Јевреја у неким епохама гледало се и као на једину могућност. На Масади, где су се Јевреји борили против Римљана, када су видели да ће изгубити битку, вођа је захтевао од народа да почини масовни суицид, који се на том месту у Израелу и догодио 73. године, а самоубиство је извршило 960 Јевреја. И у Исламу суицид се сматра насилном смрћу па га је Мухамед у Курану забранио. У источним религијским традицијама (будизам, таоизам) суицид се понекад забарњивао, а понекада препоручивао. Акт суицида је био означен инкарнацијом у неком другом пожељном облику (85).

Хришћанска догма, за сваки грех који човек учини, сматра се да није крив само починилац него и људи који га окружују, свеукупна мисаона атмосфера у којој се он креће и околности у којима живи. Без сумње, нико не покушава да преиспита лични живот сваког појединачног самоубице, али ако је питање о убеђењима и веровањима, тј. о моралном животу самоубице, оно што је најважније, онда се оно мора решавати, јер од тога зависи објашњење узрока самоубиства као појаве (86).

Сведочењима старозаветног и новозаветног Откривења ни на једном месту, у читавом Светом Писму, директно не осуђује грех самоубиства. Тај грех се чак и не помиње и поред толико мноштва поука, о томе шта треба избегавати и чему треба тежити.

Свети оци кажу да нико не мисли да самоубиство није грех, па се зато не помиње у Светом Писму. Напротив, оно се управо зато и не помиње, зато што је сувише страشان и противприродан грех, који Самоме Богу одузима права и који је састављачима Светог Писма изгледао као немогућ и невероватан (87).

Господ Бог је са горе Синаја дао заповест Не убиј (2. Мојс.20,13). У његовој заповести забрањује се убиство било ког човека, било самога себе (88). Читаво Свето Писмо Старог Завета прожето је мишљу да Бог даје човеку живот: „Бог је створио прве људе“. Онај ко самовољно одузима себи живот који му је Бог дао, одузима право Божанске власти и навлачи на себе казну по Божанској Правди.

Господ је заповедио у Светом Писму Новог Завета: љуби ближњег свога као самога себе (Мт 22, 39). Смисао ове заповести је у томе да љубав према ближњем треба по свему да личи на љубав коју човек осећа према самоме себи.

Света Црква, верно се држећи учења и духа Христове истине, осуђује самоубиство и свесне самоубице оставља без опела. Православна Црква одредила је строгу казну, чак и за сам покушај самоубиства. На онога ко покуша самоубиство, она налаже епитимију од 12 година (78).

#### **1.4.3. Психоаналитички и когнитивни аспект самоубиства**

Фројд самоубиство објашњава као продукт измештених убилачких импулса. Деструктивне жеље, уперене ка интернализованом објекту, директно су супростављене селфу. После развоја модела Фројд рedefинише самоубиство као виктимизацију Ега од стране садистичког Суперера. Свако понашање, па и суицидално, разумевало би се као сукобљавање нагона *thanatos* и *egos*. Фројд је сматра да агресија, која не може да се испразни ка споља, односно ка другим особама, се враћа унутра, према самом себи и манифестује се у облику гриже савести, а најтежи облик његовог испољавања је самоубиство (13,89).

Калсични психоаналитичари као и многи неоаналитичари нису прихватили постулат деструктивног нагона и тезу о *thanatosu*. Они су сматрали да се доживљај смрти појављивао у различитим димензијама: поновном рођењу, повратку у детињство, осветничком напуштању, сједињењу са вољеном особом, доживљају омнипотенције и сл. (13).

Суицид, дакле може бити репрезент регресивне жеље стапања са мајчинском фигуром. Патолошка туга је често праћења покушајима суицида и то се углавном дешава оних дана када су годишњице или неки други важни датуми у животу пацијената, а то је због тога што пацијентово самопоштовање и интегритет зависе од

везе са изгубљеним објектом, па самоубиство представља једини начин да се поврати лична кохезија (79).

Постоје и суициди са активнијим карактером. Они представљају очајнички покушај да се прекине тиранија „Над-ја“. Потчињавајући се и бунећи се, у исто време, пацијент испољава оптуживање јасном демонстрацијом своје несреће у намери да изнуди опроштај. Депресивна неуротична деца често имају суицидалне фантазме које маскирају покушај уцењивања: „..када будем мртав родитељи ће зажалити због онога што су ми учинили и волеће ме поново“ (70,90).

Према Адлеру суицидална особа је амбициозна, сујетна, преосетљива, с ниским нивоом самопоштовања, а разматрање самоубиства даје јој осећај да господари својим животом. Такво понашање назвао је „самоцентрирајућим“. По њему самоубиство је индивидуални проблем који има своје социјалне узроке и последице: „ Друштво ће увек суицид другог осећати као увреду.“ (89,91).

Амерички суицидолог Edwin Shneidman, објашњавајући суицидално понашање, давао је велико значење когнитивном сужавању код суицидалног акта уз јављање идеје о прекиду живота и изолацији од околине (80). Касније су студије показале да постоји повезаност између негативистичног когнитивног стила и депресивности (50).

Амерички психолог Beck сматрао је да су депресивне особе склоне себе прогласити неспособнима, чак и ако направе најмању погрешку, а те мисли стварају когнитивну тријаду негативних погледа на селф, властиту будућност и свет (6). Уз помоћ димензија из Eysenck-ове теорије личности утврдио је да суицидалне особе имају повишен неуротицизам, а на скали екстравертности/интровертности резултати нису били конзистентни, осим изражене једне компоненте екстравертности: импулсивност (15).

Примењујући Беков когнитивни конструкт депресије код суицидалних особа Амерички психолог David Rud закључио је да код њих прво преовладава безнађе, осећај невољености, беспомоћности и низак праг толеранције на бол (84).

## **1.5. Психијатријски аспект самоубиства**

Статистички подаци говоре о томе да се суицид догађа код више од 90% особа које задовољавају дијагностичке критеријуме за неко од психијатријских поремећаја, Непрепозната и нелечена велика депресивна епизода сматра се најважнијим фактором ризика за суицид (92).

Много пута је у суицидологији наглашавана улога поремећаја расположења у суицидалном понашању, чак до тврдњи да „нема суицида без депресије“ тако да се сва депресивна стања стављају на чело листе суицидогених фактора, мање код мешаних и ретко код маничних епизода (93). Ризик је утолико већи ако код оних који пате од депресије са психотичним обележјима, анамнезом ранијих покушаја суицида и истовременом употребом психоактивних супстанци по DSM-IV међународној класификацији психијатријских болести.

Аустријски неуропсихијатар и суицидолог Ervin Ringel је први дефинисао парасуицидално понашање. По њему самоубиство није последица тренутне реакције на животни стрес, већ процес који се састоји о четири фазе: сужавање, агресија, бег у нереално и психичка анестезија. У чину парасуицида преплићу се две тенденце: тежња за смрћу и апел у помоћ, који се веома често и не препознаје као такав (16).

Тежњом да се у оквиру парасуицида издвоји посебан термин, постоји такозвано свесно, намерно самоповређивање (енгл. deliberate self harm или DSH). Чешћи је код адолесцената и код жена (94). Особе са DSH имају потребу за емоционалним пражњењем којим могу смањити агресивност, анксиозност, депресивност и осећај кривице, али исход није фаталан. Основна разлика између DSH и покушаја суицида је у непостојању, односно постојању жеље за смрћу (23).

## **1.6. Епидемиолошке карактеристике суицидалног понашања**

Самоубиство (суицид) и покушај самоубиства није само психијатријски ентитет, већ и општи друштвени проблем, који је са тенденцијом пораста у савременој ери и у земљама са високим економским стандардом.

Стопа суицида означава број самоубистава почињених на 100 хиљада становника за годину дана. Према подацима Светске здравствене организације 2000. године милион људи је умрло у свету од суицида, а до 2020. године стопа суицида може нарасти до једног и по милиона. Светске статистике показују да је у већини

земаља учесталост суицида велика, тако да је суицид међу три водећа узрока смртности код особа до 34. године старости (95).

Стопе суицида у Европи су највише у Словенији, Естонији, Финској, Белгији, затим Хрватској. Најниже стопе суицида забележене су у исламским земљама и земљама Средње и Јужне Америке и Великој Британији, а највиша у бившим земљама Совјетског Савеза и у Русији (95). Према подацима из БАТУТА за 2009. годину стопа суицида у Србији је слична као у Хрватској, а за њом следе БиХ и Македонија (96).

Стопе самоубиства разликују се у односу на етничку, религијску припадност, економске стандарде, географско подручје.

Методи извршења самоубиства за која се опредељују мушкарци су потенцијално смртоноснији од оних који бирају жене. Мушкарци чешће користе вешање, ватрено оружје, скок са висине или утопљење као начин извршавања суицида, док жене чешће прибегавају испијању већих количина таблета, њихове комбинације са алкохолом, конзумацији отрова или пресецању вена. (97).

## **1.7. Фактори ризика за самоубиство и етиопатогенеза**

Значајне су три групе фактора ризика у етиопатогенези самоубиства:

- Социодемографски фактори
- Биолошко-генетски фактори
- Психолошки фактори

### **1.7.1. Социодемографски фактори**

Нарочито се помињу године старости, пол, социо-економска обележја и религиозност. Током неколико последњих година дошло је до промене у стопи суицида у односу на године старости (98). Највећу стопу самоубиства немају најстарији, него популација од 25-44. године живота (29).

Адолесценти се издвајају као значајна категорија склона самоубиству. Фактори који доприносе самоубиствима адолесцената су различити: депресија, емоционална изолација, губитак самопоштовања, ментални поремећаји, романтичне фантазије, тражење узбуђења, злоупотреба алкохола и дрога и доступност ватреног оружја и других средстава самодеструкције. Најчешће је самоубиство последица више фактора који делују истовремено (99). Недостатак конзистентног прилаза личности отежава идентификацију адолесцента са ризиком за суицид (100).

Стопе суицида у односу на пол бележе тренд пораста у мушкој популацији до 34. године, а код жена у доби од 35. до 60. година. Као разлози наводе се код мушкараца незапосленост, пад прихода, а код жена развод (59).

Неожењени/неудате, разведени и удовци/удовице изложени су већем ризику од самоубиства од оних који су у браку. Незапослени су изложени већем ризику од самоубиства од запослених. Пресије са повећаним суицидалним ризиком су: лекари, стоматолози, фармацеути, правници, ицири полиције и неквалификовани радници (101).

Протективни фактор од суицида су брак породица, партнерство, деца и запосленост у оквиру социо-економских обележја (81).

Религиозност и духовност су значајни аспекти у идентификовању фактора ризика суицидалног понашања код афективних и шизофрених поремећаја (86).

Бројни аутори су нашли да високо ризични пацијенти се не разликују у односу на њихову верску припадност, али да су имали каснији почетак болести са више хоспитализација, суицидалних покушаја, повезаних хипоманичних карактеристика, промену фаза на антидепресивној терапији, прописивање трициклика, коморбидитет ОК поремећаја и породичну историју афективног поремећаја међу првостепеним рођацима (102).

Надморска висина је нађена као значајан фактор ризика. Неколико биолошких теорија може објаснити повезаност висине и суицидалности. Допамин и серотонин су неуротрансмитери повезани са задовољством, наградом и расположењем (34). Низак ниво серотонина и повишен ниво допамина и норепинефрина је повезан са хипоксијом на већим висинама и може водити повећаној иритабилности, депресији и самоубиствима (103).

### **1.7.2. Биолошко-генетски фактори**

Генетичке детерминанте, као што су полиморфизам триптан хидроксилазе 1 и триптан хидроксилазе 2 гена, повезане су са суицидалним покушајима, са високом смртношћу и комплетним суицидом (104). Ови налази су од интереса у светлу разматрања повезаности између измењеног функционисања серотонинског система у мозгу и суицида. Аутори су показали да је серотонергички полиморфизам јако повезан са виолентним суицидалним понашањем код афективних поремећаја. Њихови резултати су значајан корак у креирању генетичке машинерије као предиктивног суицидалног фактора. Биолошки маркер, као што су 5-HTTLPR могу помоћи у идентификацији особа са потенцијалним суицидалним намерама (105).

### **1.7.3. Психолошки фактори**

Предиктори суицидалног понашања су извесне карактерне црте личности као што су: импулсивност, пасивно - зависно понашање и перфекционизам (106). Осим покушаја суицида особе са граничним поремећајем личности због проблема са регулацијом емоција прибегавају самоповређивању. Иако ово понашање није повезано само са њиховом жељом за смрћу, зато што постоји амбивалентност, ипак може угрозити живот (107).

Особе које имају поремећај исхране и аутодеструктивне тенденце, не прихватају себе и властити живот онаквим какав јесте (108). То отежава родитељску или терапеутску помоћ, те су склонији суициду. Статистички значајно се убије више анорексичних особа него у општој популацији (91). Ипак, утврђено је да су булимичне особе са коморбидитетом значајније оптерећене суицидалношћу него анорексичне особе или особе са неодређеним поремећајем у исхрани (90).

Лекар има кључну улогу у идентификацији и лечењу суицидалног болесника. Пацијенти се обраћају због соматских тегоба које су најчешће удружене са депресијом, а често препознате у амбуланти лекара опште праксе (109).



## **2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА**

Циљеви истраживања су били, да се код хоспитално лечених болесника са афективним и шизофреним поремећајима истраже упореде и анализирају фактори ризика за суицидално понашање.

Посебно је истражено:

1. Демографске карактеристике испитаника и досадашњи ток болести.
2. Лични социјални и фактори околине као тригери покушаја самоубиства.
3. Компарирани су групе испитаника са и без покушаја самоубиства.
4. Анализирано је постојање суицидалне идеације.
5. Постојање позитивне корелације тежине клиничке слике и висине суицидалног ризика.

### **2.1. Хипотезе истраживања**

Усклађено са циљевима истраживања постављене су следеће радне хипотезе:

1. Пацијенти са позитивном личном и породичном историјом покушаја самоубиства и неповољним личним, социјалним или факторима околине покушају самоубиство.

2. Пацијенти у експерименталној групи без покушаја суицида разликује се од пацијената те групе са покушајем суицида, по мањем броју депресивних епизода и мањег су агресивно-импулсивног понашања.

3. Нема разлике у обе групе у смислу постојања суицидалне идеације.

4. Експерименталне групе се разликују од контролне по чешћем покушају самоубиства и суицидалне идеације.

5. Предлог евентуалних мера превенције за пацијенте са афективним поремећајем који су под ризиком од суицидалног понашања.

### **3. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА**

#### **3.1. Врста студије**

Истраживање је било највећим делом проспективно (клиничко и аналитичко). Скрининг пацијената обављао се у данима непосредно по реализованом пријему у болницу из две категорије психијатријских поремећаја (афективних и шизофрених), који су имали суицидалне идеације и/или покушаје суицида. Истраживање је мањим делом била ретроспективна студија пресека, јер су демографски подаци о почетку и току болести добијени су из медицинске документације - историје болести, у временском периоду од осамнаест месеци. Пацијенти су из две категорије психијатријских поремећаја (афективних и шизофрених) који су имали суицидалне идеације и/ или покушаје суицида, укупно њих 180.

#### **3.2. Место и време истраживања**

Истраживање је спроведено у Специјалној болници за психијатријске болести „Горња Топоница“ код Ниша, у периоду од априла 2014. до октобра месеца 2015. године.

### **3.3. Формирање узорка**

Испитивани узорак сачињавају пацијенти оба пола хоспитализовани у Специјалној болници за психијатријске болести „Горња Топоница“ код Ниша, под дијагнозама афективних и шизофрених поремећаја по ICD-10, међународној класификацији болести - десета ревизија, (Ф33,Ф31,Ф20).

Пацијенти су били подељени у две студијске групе са суицидалном идеацијом и/или суицидалним покушајима а три дијагностичке категорије: Рекурентни депресивни поремећај Ф33 њих 60, Биполарни афективни поремећај Ф31 њих 60 (експерименталне групе) и група шизофренија Ф20 такође 60 пацијената ( контролна група) . Сви пацијенти су потписали информисану сагласност за улазак у студију.

**Критеријуми за укључивање** хоспитализованих у ово истраживање су:

- Дијагностичке категорије Ф33, Ф31 и Ф20, са суицидалним идеацијама или покушајем самоубиства (110),
- Животна доб од 18 до 65 година,
- Групе су усаглашене према полу и животној доби колико је то било могуће

**Критеријуми за искључивање** су пацијенти из других дијагностичких категорија или пацијенти код којих паралелно постоје други дијагностички ентитети као што су болести зависности или органицитет. Критеријуми за искључивање из студије су постојање других неуропсихијатријских оболења и то: епилепсије, олигофреније и деменције.

### **3.4. Варијабле истраживања**

**Независне варијабле:**

- пол
- старост, у годинама
- занимање

- брачни статус
- тригер фактори (лични и социјални)
- дужина трајања болести
- дијагностичке категорије афективних и шизофрених поремећаја, по ICD - 10 међународној класификацији болести, десета ревизија: Ф31-биполарни афективни поремећај, Ф33- рекурентни депресивни поремећај, Ф20- шизофренија;
- укупни број хоспитализација
- хередитет (суицидалност и психијатријско обољење у породичној анамнези)
- ранији покушаји суицида
- песимизам
- импулсивно понашање

### ***Зависне варијабле***

- *суицидална идеација и интензивне суицидалне идеације* -
  - жеља за смрћу
  - неспецифичне активне суицидалне мисли
  - активна суицидална идеација са постојећим методом не и планом
  - активна суицидална идеација са намером деловања без специфичног плана
  - активна суицидална идеација са специфичним планом и намером
- *суицидални покушај*:
  - актуелни покушај
  - спречен покушај
  - неуспео покушај
  - припремни акти или понашање

### **3.5. Инструменти истраживања**

Формиране су групе по 60 пацијената који су испуњавали горе наведене критеријуме за укључивање у истраживање по дијагностичким категоријама (Ф33,Ф31 и Ф20) укупно 180 њих. Сваком испитанику је урађен скрининг који садржи:

1. Из историје болести су узети демографски подаци са посебним освртом на претходне хоспитализације и дужину болести.
2. Скала за процену тежине клиничке слике шизофреније (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia - PANSS) и Скала за процену тежине депресије (Hamilton Depression Rating Scale- HAMD).

PANSS скалу за шизофренију чине модалитети Позитивне, Негативне и Опште психопатологије, укупно 30 ајтема, где је сваки скор преко тридесет захтевао хоспитални третман), а за одређивање тежине клиничке слике за депресију Хамилтонова скала за процену депресивности (Hamilton Depression Rating Scale – HAMD), од 21 ајтема, где је скор преко 24, такође захтевао пријем у Болницу.

Позитивна и Негативна скала на PANSS-у садрже по седам ајтема, а скала Опште психопатологије садржи 16 ајтема и презентује структуру клиничке слике. Вредновање је базирано на присуству фреквенци и интензитету симптома и њиховом утицају на пацијентово понашање. Максимални скор на позитивној, односно негативној скали, је 49 (опсег 7-49), док је на скали опште психопатологије максимални скор 112 (опсег 16-112), што чини да укупни PANSS-скор може бити у опсегу од 30-210. Могуће је срачунати такозвану композитну вредност скале која се добија одузимањем укупног скорa негативне од укупног скорa позитивне скале, да би се дефинисало који шизофрени синдром преовладава у клиничкој слици (98).

Хамилтонова скала од 21 ајтема садржи: депресивно расположење, осећање кривице, суицидалне идеје или покушаји, рана инсомнија, тешкоће проснивања, касна инсомнија, редукција активности, ретардација, агитација, анксиозност, телесна анксиозност, телесни гастроинтестинални симптоми, општи телесни симптоми у виду болова и заморљивости, губитак либида, хипохондријаза, губитак телесне тежине, увид у болест, дневна варијација расположења, деперсонализација, параноидност, опсесивно компулсивна симптоматологија. Укупни скор Хамилтонове скале (21 ајтем) одређује на следећи начин тежину депресивности: више од 24 представља изражену депресивност и ради се о хоспитализованим болесницима; од 17-24, умерена депресивност, болесници су лечени у ванболничким условима; мање од 8, депресивност није присутна (99). С обзиром да су сви

пацијенти били хоспитализовани то значи да су имали скор више од 24 на поменутој скали.

3. C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) - Колумбијска скала процене озбиљности суицида је алат за процену који оцењује суицидалну идеацију и понашање (111). Пацијенти са суицидалном идеацијом и суицидалним покушајем сврставају се у категорију суицидалног понашања. Суицидално понашање подразумева одговор „да“ у било које време на било које од 10 питања о суицидалном понашању (Категорија 1-5 за суицидалну идеацију и 1-5 за суицидални покушај). Ова скала садржи:

- *интензивне суицидалне идеације* која укључује учесталост, трајање, могућност контроле, одвраћајуће факторе и разлоге за суицидалну идеацију. Свака од пет наведених ставки има пет могућности одговора. Процена интензитета суицидалне идеације скорује се од 0-25. Уколико пацијент није прихватио одговорност за иједну суицидалну идеацију онда је процена интензитета нула.

- *суицидална идеација:*

жеља за смрћу (да не буде жив или да заспи да се више не пробуди),

неспецифичне активне суицидалне мисли (да оконча живот без јасних мисли о начину),

активна суицидална идеација са постојећим методом не и планом (мисли о бар једном методу извођења у датом периоду),

активна суицидална идеација са намером деловања без специфичног плана (са намером преласка у акцију),

активна суицидална идеација са специфичним планом и намером (мисли о самоубиству са парцијалним или пуним детаљима планирања и постојање јасне намере да то спроведе).

- *суицидални покушај:*

актуелни покушај ( потенцијално аутоагресиван чин са жељом да умре као резултатом те акције),

спречен покушај (када је особа спречена у покушају да предузме потенцијално аутоагресивни чин, под различитим околностима),

неуспео покушај ( када особа учини акте у смислу суицида, али успе да их заустави тј. индивидуа није спречена од стране других већ је саму себе спречила),

припремни акти или понашање (у смислу предстојећег покушаја суицида, те укључује вербализацију, мисли, куповање средстава у ту сврху, писање опроштајног писма),

медицинско оштећење (од 0-5) везано је само за актуелни покушај суицида (100).

### **3.6. Статистичка обрада података**

Подаци добијени у истраживању обрађени су дескриптивним статистичким параметрима: средња вредност, стандардна девијација. Разлике између група поредиће се Студентовим т-тестом за независне узорке, док је у случајевима неправилне дистрибуције података, нормалност расподеле праћене варијабле, тестирана помоћу Kolmogor Smirnov - левог теста. За категоричке варијабле, у процени значајности разлике коришћен је  $\chi^2$  тест, односно Фишеров тест када је нека од фреквенција била мања од 5 јединица; за израчунавање повезаности између варијабли коришћен је коефицијент корелације Kendalov Tau. За издвајање групе параметара "високог ризика" за суицид коришћена је мултифакторијална анализа.

Разлика у компарираним подацима сматрала се статистички значајном уколико је вероватноћа нулте хипотезе мања од 5% ( $p < 0.05$ ). Мултифакторијална анализа је коришћена за одређивање фактора-варијабли које би се означиле као предиктори суицида, било из домена демографских или психијатријских клиничких скорова на скалама.

За прорачун и обраду података коришћен је SPSS-20 статистички ствер за Windows. Резултати су приказани табеларно и графички.

### **3.7. Етичност истраживања и одобрења**

Истраживање ниједним својим поступком не угрожава права испитаника. Добијени подаци су заштићени и доступни само истраживачу. Испитаници су били

информисани о самом истраживању, сврси истраживања као и тајности података што потврђује потписан упитник о информисаној сагласности.

Истраживање је одобрено од стране Етичког одбора Специјалне болнице за психијатријске болести „ Горња Топоница“ од 16. 04. 2014. године, бр. Одлуке 07-2744/1.

## **4. РЕЗУЛТАТИ**

Истраживање је трајало 18 месеци, а спроведено је у Специјалној болници за психијатријске болести „ Горња Топоница“ код Ниша на болесницима са афективним и шизофреним поремећајима. Испитаници су у истраживање укључени на дан пријема. Истраживањем је укупно обухваћено 180 пацијената. Формиране су три групе испитаника за потребе овог истраживања и то група пацијената са дијагнозом, према међународној важећој класификацији ICD-10, Ф33 (рекурентни депресивни поремећај) 60 пацијената и Ф31 (биполарни афективни поремећај) 60 пацијената и Ф20 (шизофренија). Пацијенти са афективним поремећајима, тј. Са дијагнозом Ф33 и Ф31 представљају експерименталну групу њих 120, а контролну групу у истраживању чини 60 пацијената са дијагнозом Ф20 – шизофренија.

Истраживање је било највећим делом проспективно (клиничко и аналитичко). Скрининг пацијената обављао се у данима непосредно по реализованом пријему у болницу из две категорије психијатријских поремећаја (афективних и шизофрених), који су имали суицидалне идеације и/или покушаје суицида од њих укупно 180. Истраживање је мањим делом била ретроспективна студија пресека, јер су демографски подаци, као и подаци о почетку и току болести узети из медицинске документације тј. из историје болести.

### **4.1. Демографске и опште карактеристике испитаника као независне варијабле**



Пацијенти укључени у ово истраживање су подељени у две групе, експерименталну и контролну. Експерименталну групу чине пацијенти хоспитализовани због афективних поремећаја а контролну групу чине пацијенти са клиничком сликом шизофреније. Опште карактеристике као што су животна доб , пол , образовање, брачно стање , трајање болести, број хоспитализација и подаци о херидитету добијени су за сврхе овог истраживања анамнестички, хетероанамнестички или су узети из историја болести.

Табела 1 приказује животну доб испитаника експерименталне групе (Ф33-рекурентни депресивни поремећај, Ф31-биполарни афективни поремећај) и контролне групе (Ф20-шизофренија). Највише испитаника у експерименталним групама су пацијенти старосне доби изнад 50 година, док је у контролној групи највећи број испитаника у старосној доби 40 до 50 година. Дијагностичке групе се разликују статистички значајно према старости ( $\chi^2=39.094$ ,  $p<0.001$ ).

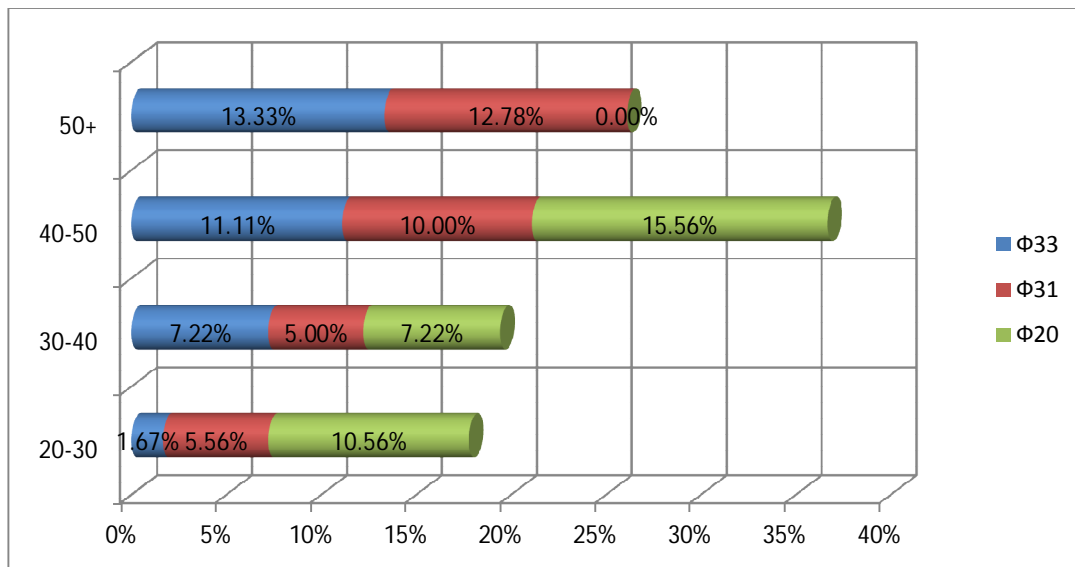
**Табела 1. Структура експерименталних и контролне групе према животном добу**

Године старости	дијагноза						Укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
20-30	3	5,00	10	16,67	19	31,67	32	17,78
30-40	13	21,67	9	15,00	13	21,67	35	19,44
40-50	20	33,33	18	30,00	28	46,67	66	36,67
50+	24	40,00	23	38,33			47	26,11
Свега:	60	100,00	60	100,00	60	100,00	180	100

$\chi^2=39.094$ , ДФ=6,  $p<0.001$

Графикон 1. приказује старосну доб у укупном узорку од 180 испитаника. Највише испитаника је животне доби 40 – 50 година њих 66 или 36,66%, а најмање их је у животној доби од 20 – 40 година, свега 32 или 17,78% испитаника.

**Графикон 1. Структура експерименталних и контролне групе према животном добу**



Табела 2 приказује да је мушкараца највише у експерименталној групи Ф33 и то 35 или 58,33%, а жена у контролној групи Ф20, такође 35 или 58,35% њих. Дијагностичке категорије / групе се не разликују и статистички значајно према полној структури ( $p=0.185$ )

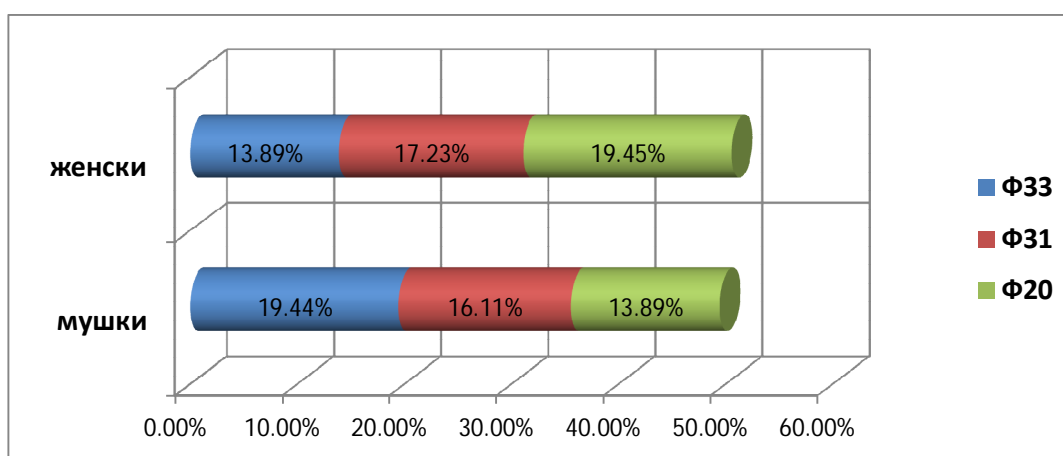
**Табела 2. Структура експерименталних и контролне групе према полу**

ПОЛ	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
мушки	35	58,33	29	48,33	25	41,67	89	49,44
женски	25	41,67	31	51,67	35	58,33	91	50,56
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=3.378, ДФ=2, п=0.185$$

Графикон 2 приказује да је у односу на **пол** испитаника, узорак уједначен, те тако испитника мушког пола у узорку има укупно 49,4% док је удео испитаница у узорку 50,6%.

**Графикон 2. Структура експерименталних и контролне групе према полу**



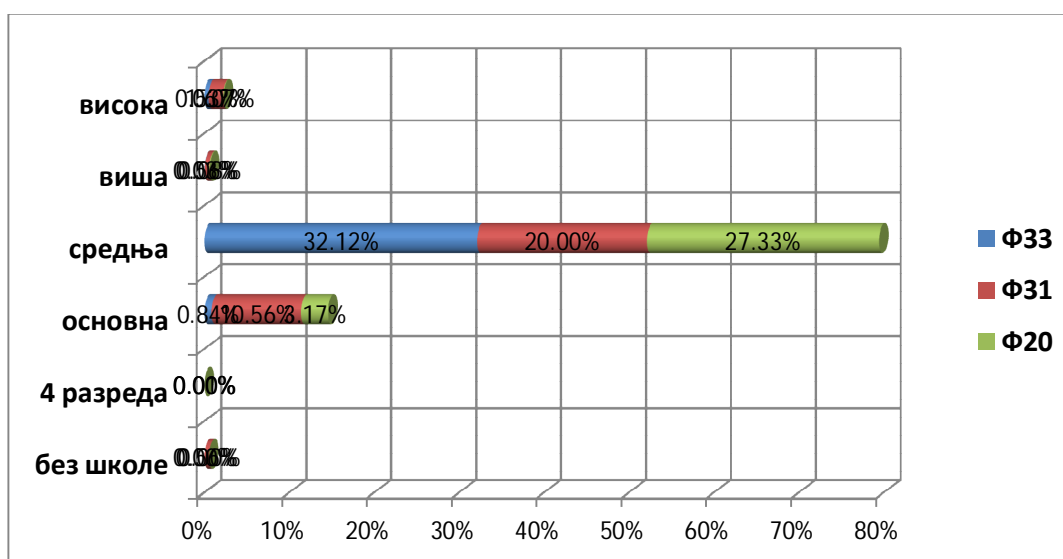
Табела 3 и Графикон 3 приказује образовну структуру испитаника укупно и према дијагностичким категоријама. Укупно највећи део пацијената је са средњим 68,3% односно њих 123(графикон 3). Пропорција испитаника са високим образовањем је статистички значајно већа код испитаника експерименталних група поређено са контролном групом ( $p<0.01$ ), (табела 3).

**Табела 3. Структура експерименталних и контролне групе према образовању**

Образовање	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
без школе			1	1,67			1	0,56
4 разреда					1	1,67	1	0,56
основна	4	6,67	19	31,67	15	25,00	38	21,11
средња	47	78,33	36	60,00	40	66,67	123	68,33
виша	1	1,67	1	1,67	3	5,00	5	2,78
висока	8	13,33	3	5,00	1	1,67	12	6,67
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=23.139, ДФ=10, p<0.01$$

Гарикон 3. Структура експерименталних и контролне групе према образовању



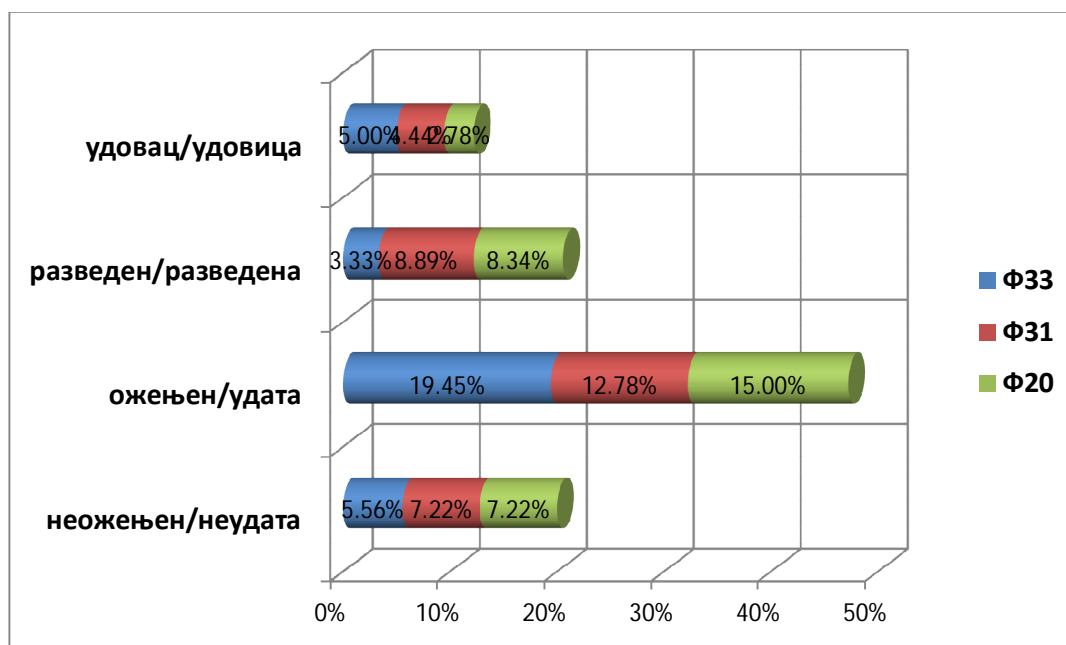
Табела 4 и Графикон 4 приказују да је највећи број испитаника експерименталних група и контролне групе у браку. Нежењених / неударних је 36 од укупно 180 испитаника тј. њих 20%. Исти број је и разведених тј. њих 37(графикон 4). Дијагностичке групе се не разликују статистички значајно према брачном статусу ( $p=0.161$ ).(табела 4)

Табела 4. Брачни статус испитаника експерименталних и контролне групе

Брачни статус	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
неожењен/неудата	10	16,67	13	21,67	13	21,67	36	20,00
ожењен/удата	35	58,33	23	38,33	27	45,00	85	47,22
разведен/разведена	6	10,00	16	26,67	15	25,00	37	20,56
удовац/удовица	9	15,00	8	13,33	5	8,33	22	12,22
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=9.236, ДФ=6, p<0.161$$

Графикон 4. Брачни статус испитаника експерименталних и контролне групе



Табела 5 приказује да највише пацијената експерименталне групе Ф33 њих 35 или 58,33% има најкраће трајање болести тј. 1-5 година. Трајање болести од 6 – 10 година има највише испитаника из групе Ф31 и то 28 или 46,66%, а изнад 20 година болује највише испитаника контролне групе Ф20. Трајање болести је статистички значајно најдуже код испитаника контролне групе – са дијагнозом Ф20 ( $p<0.001$ ).

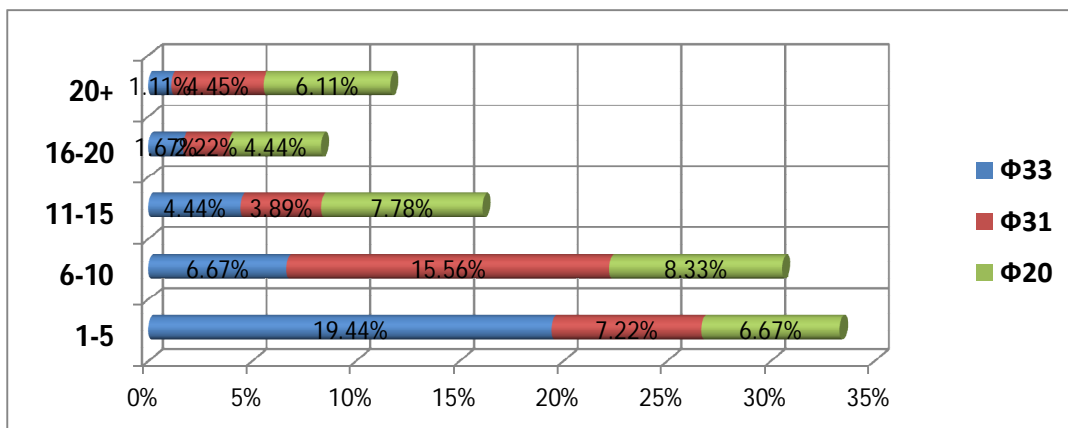
**Табела 5. Године трајања болести код испитаника експерименталних и контролне групе**

Године трајања болести	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
1-5	35	58,33	13	21,67	12	20,00	60	33,33
6-10	12	20,00	28	46,67	15	25,00	55	30,56
11-15	8	13,33	7	11,67	14	23,33	29	16,11
16-20	3	5,00	4	6,67	8	13,33	15	8,33
20+	2	3,33	8	13,33	11	18,33	21	11,67
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=36.556, ДФ=8, p<0.001$$

Графикон 5 приказују дужину болести изражену у годинама. Највећи део испитаника од укупног броја су они који болују од 1 до 5 година њих 60 (33.3%) следе пацијенти са трајањем болести од 6 до 10 година њих 55 (30.6%), пацијената који се лече 11 до 15 година има 29 (16.1%), пацијената који се лече 16 до 20 година има 15 (8.3%) а пацијената чија болест траје више од 20 година има 21 (11.7%).

**Графикон 5. Године трајања болести код испитаника експерименталних и контролне групе**



Табела 6 приказује да је број хоспитализација мањи у експерименталним групама Ф33 и Ф31, поређено са контролном групом Ф20. Број хоспитализација је статистички значајно највећи код испитаника са дијагнозом Ф20 тј у контролној групи ( $p<0.01$ ).

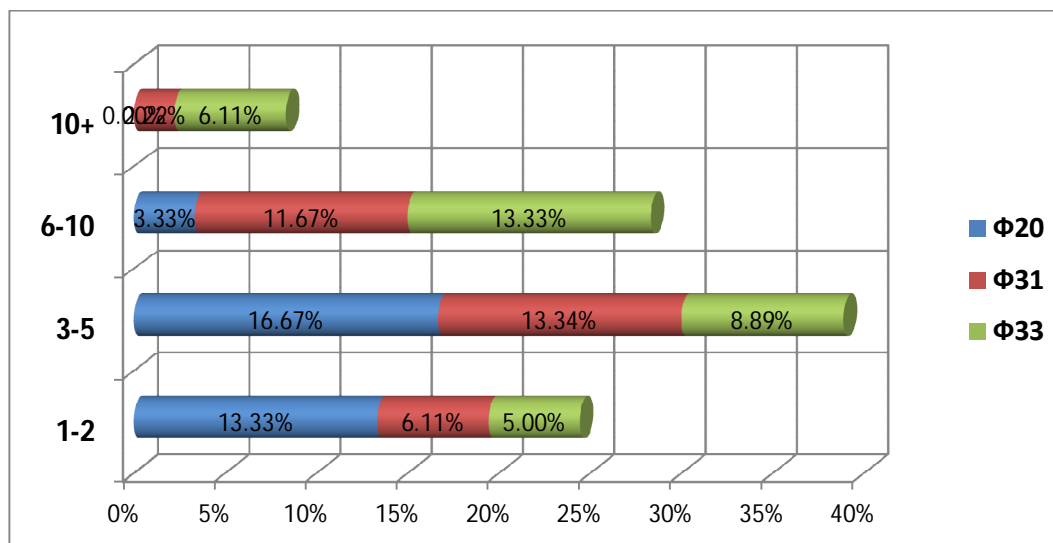
**Табела 6. Број досадашњих хоспитализација код испитаника експерименталних и контролне групе**

Број хоспитализација	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
1 - 2	24	40,00	11	18,33	9	15,00	44	24,44
3 - 5	30	50,00	24	40,00	16	26,67	70	38,89
6 - 10	6	10,00	21	35,00	24	40,00	51	28,33
10+			4	6,67	11	18,33	15	8,33
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$\chi^2=36.615$ , ДФ=68,  $p<0.001$

Графикон 6 приказују број досадашњих хоспитализација. Највише пацијената у укупном узорку - 180 је оних који су до сада лечени 3 до 5 пута 38,9% њих (70), следе пацијенти са 6 до 10 хоспитализација – 28,3% њих (51), док пацијената са једном или две хоспитализације има 24,45% њих (44). Најмањи број је пацијената са преко 10 хоспитализација – 8,3% њих (15).

**Графикон 6. Број досадашњих хоспитализација код испитаника експерименталних и контролне групе**



Табела 7 приказује да је највише испитаника са подацима о психијатријској болести и суициду у породици у контролној групи Ф20 – њих 46 (76,66%). Док је највише испитаника експерименталне групе Ф33 њих 30 или 50% без података о хередитету. Дијагностичке групе се не разликују статистички значајно према учесталости психијатријских болести и самоубиства у породици испитаника ( $p=0.056$ ).

**Табела 7. Подаци о хередитету за испитанике експерименталних и контролне групе**

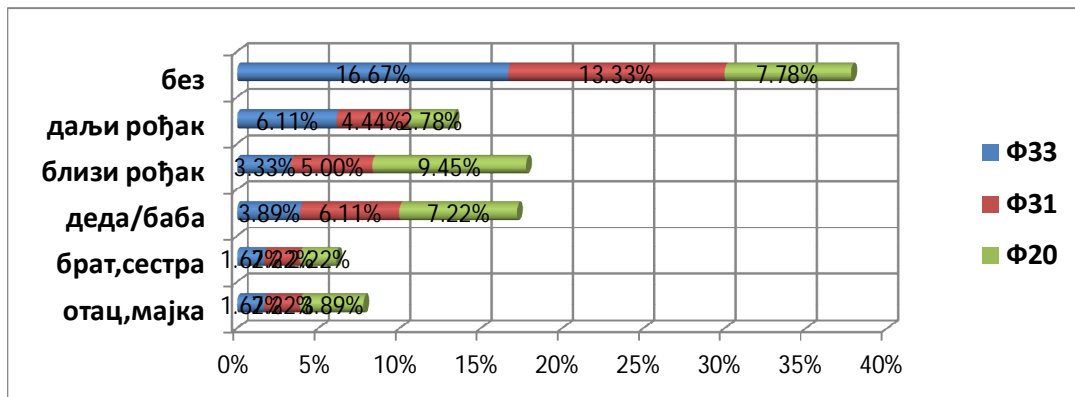
Хередитет	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
отац,мајка	3	5,00	4	6,67	7	11,67	14	7,78
брат,сестра	3	5,00	4	6,67	4	6,67	11	6,11
деда/баба	7	11,67	11	18,33	13	21,67	31	17,22
близи рођак	6	10,00	9	15,00	17	28,33	32	17,78
даљи рођак	11	18,33	8	13,33	5	8,33	24	13,33
без	30	50,00	24	40,00	14	23,33	68	37,78
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=17.923, ДФ=10, p<0.056$$

Графикон 7 приказује податке о хередитету. Од укупног броја 180 испитаника за већи број њих 112 или 62,2% постоје подаци о самоубиству и психијатријској болести у породици. Од тога постоји податак о хередитету у другој генерацији за њих 31 или 17,2%, податак о самоубиству ближег или даљег рођака добијен је за њих 32 или 17,8%, док је податак о самоубиству једног од родитеља добијен код њих 14 или 7,8%, а податак о самоубиству брата или сестре код њих 11 или 6,1%.



**Графикон 7. Подаци о хередитету за испитанике експерименталних и контролне групе**



#### 4.2. Ризико фактори за појаву суицидалног понашања

Значајним ризико факторима за суицидално понашање се сматрају: лични, социјални, средински те психолошки фактори, у првом реду осећање беспомоћности, незнања, недостатак позитивног размишљања о будућности, стрепња од тешког тока болести, а које су за потребе овог истраживања категорисани као опште стање *песимизма*.

Таблеа 8 приказује да су оба тригера (лични и средине) заступљенија у експерименталним групама Ф33 и Ф31 са по 44 или 73,33% према контролној групи Ф20 са 8 или 13,33%. Ипак експерименталне групе и контролна се не разликују статистички значајно према учесталости тригера ( $p=0.800$ )

**Табела 8. Учесталост личних и срединских фактора на покушај суицида**

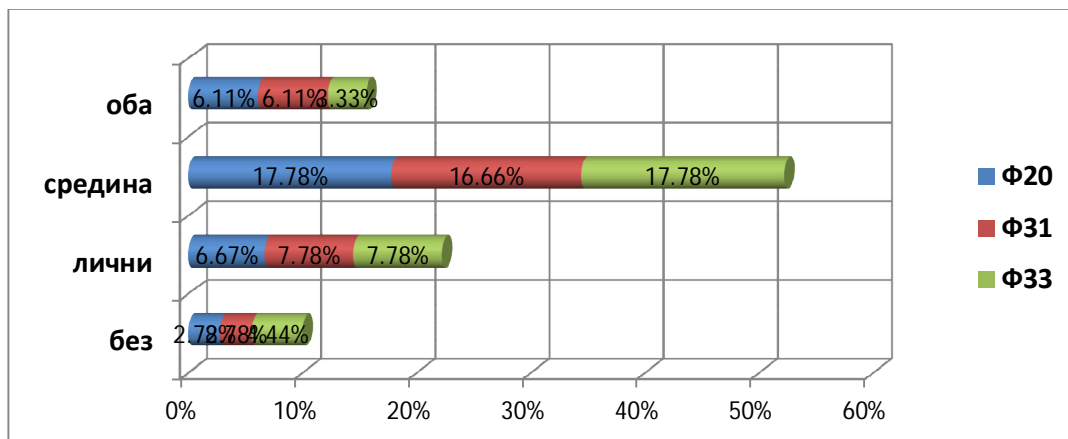
Тригер фактори	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
без	5	8,33	5	8,33	8	13,13	18	10,00
лични	12	20,00	14	23,33	14	23,33	40	22,22
средина	32	53,33	30	50,00	32	53,33	94	52,22
оба	11	18,33	11	18,33	6	10,00	28	15,56

Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100
--------	----	-----	----	-----	----	-----	-----	-----

$$\chi^2=3.071, \text{ ДФ}=6, \text{ п}=0.800$$

Графикон 8 приказују учесталост тригера на покушај суицида код испитиване популације експерименталних група и контролне групе њих 180. Средина тј. срединских фактори се појављују као тригер најчешће и то у 94 случаја или 52,2%, док се лични фактори јављају код њих 40 или 22,2%. Код 15,6% или код 28 испитаника тригер представља комбинацију личних и срединских фактора. А без тригера за суицидално понашање је 10% или 18 испитаника, дакле тригер за суицидално понашање је утврђен у 90% тј 162 испитаника.

Графикон 8. Учесталост личних и срединских фактора на покушај суицида



Табела 9 приказује да за 73,33% или 44 испитаника контролне групе нема података о ранијем покушају суицида, а да је највише покушаја суицида било у експерименталној групи Ф31 код њих 335 или 58,33%. Потврђена је висока статистичка значајност разлике броја испитаника без покушаја самоубиства у контролној групи – Ф20 поређено са истраживаним групама за ( $p < 0.001$ ).

Табела 9. Ранији покушаји суицида

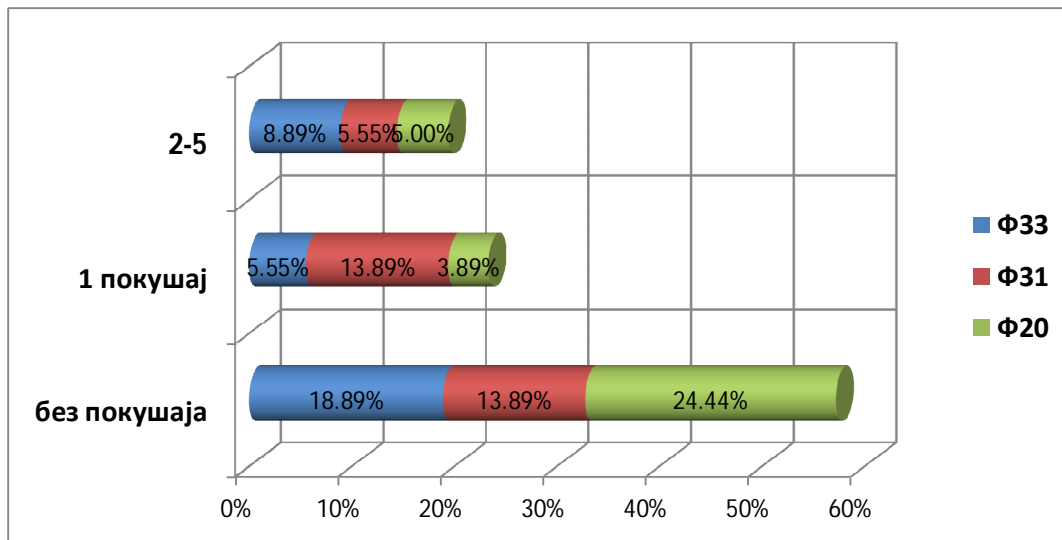
Ранији покушаји	дијагноза	укупно
-----------------	-----------	--------

суицида	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
без покушаја	34	56,67	25	41,67	44	73,33	103	57,22
1 покушај	10	16,67	25	41,67	7	11,67	42	23,33
2-5	16	26,67	10	16,67	9	15,00	35	19,44
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$P < 0.001$

Графикон 9 приказује раније покушаје суицида испитаника истраживаних група и контролне групе. Без податка о ранијем покушају суицида је 52,2% или 103 испитаника. Један покушај суицида имало је 23,3% или 42 испитаника, док је два до пет покушаја суицида до ове хоспитализације имало 19,4% или 35 испитаника.

Графикон 9. Ранији покушаји суицида



Табела 10 приказује да нема статистички значајне разлике стања песимизма у дијагностичким категоријама, јер је  $p=0$  (табела 10).

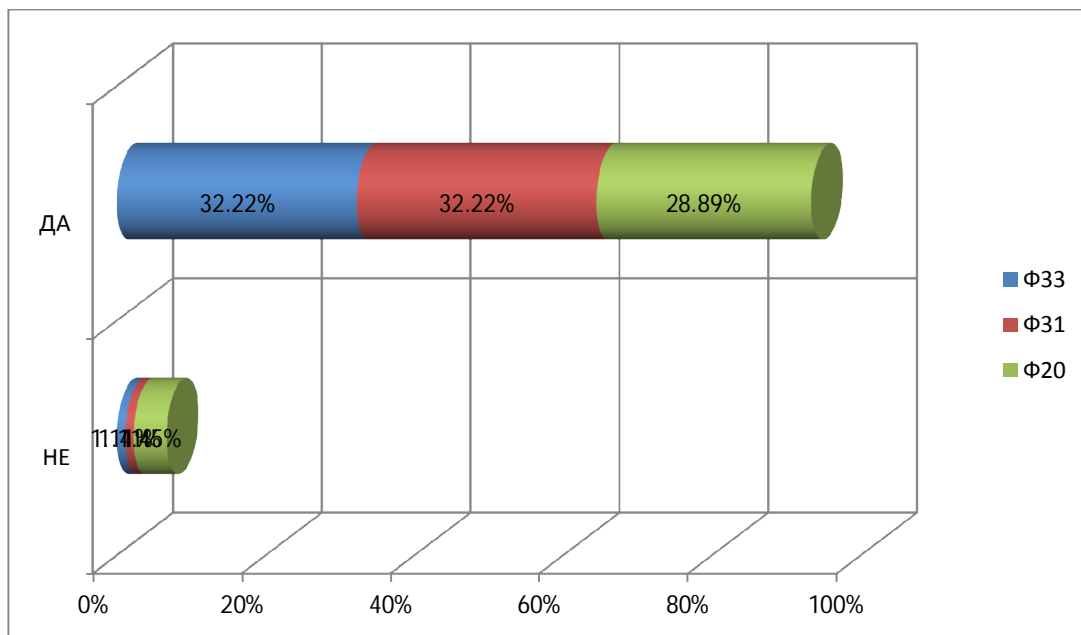
Табела 10. Песимизам као разлог за суицидално понашање

Стање песимизма	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
не	2	3,33	2	3,33	8	13,33	12	6,67
да	58	96,67	58	96,67	52	86,67	168	93,33
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=6,429, ДФ=2, p=0,4$$

Графикон 10 приказује да је код испитиване популације у 93,3% или 160 њих забележено овакво стање песимизма, док код 6,7% или код 12 пацијената није забележен песимизам.

Графикон 10. Стање песимизма



Истраживање је проверавало да ли **импулсивности** пацијената као психолошки предиктор утиче на суицидално понашање. Табела 11 приказује да је највише испитаника са импулсивним понашањем у експерименталној групи Ф31 и то 51 или 85,00%, а најмање у контролној групи само њих 22 или 36,67%. Постоји и висока значајност статистичке разлике испитивања импулсивности код пацијената експерименталних група поређено са контролном ( $p<0,001$ )

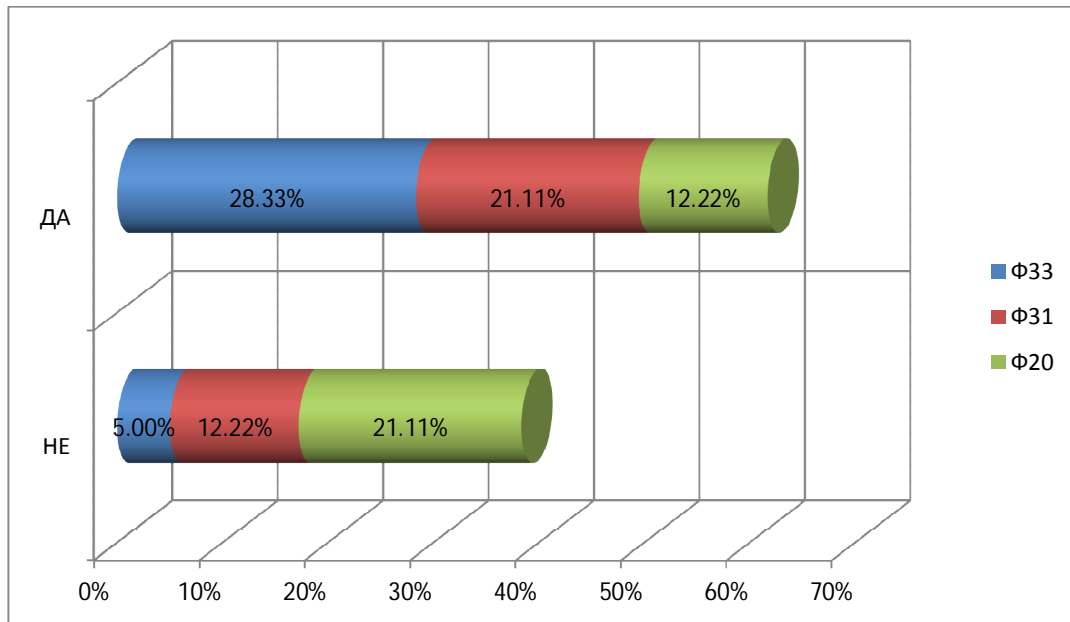
**Табела 11. Импулсивно понашање**

Импулсивно понашање	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
не	9	15,00	22	36,67	38	63,33	69	38,33
да	51	85,00	38	63,33	22	36,67	111	61,67
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$\chi^2=29,753$ , ДФ=0,  $p<0.001$

Графикон 11 приказује импулсивност као посебну варијаблу у односу на коју 61,7% пацијената показује тенденцију импулсивног реаговања, наспрам 38,3% пацијената без оваквог начина реаговања.

**Графикон 11. Импулсивно понашање**



#### 4.3. Облици психолошки и клинички испољене суицидалности зависне варијабле

За потребе овог истраживања је коришћена С-SSRS рејтинг скала. Следи преглед резултата који су прикупљени овом скалом. Мерило се присуство *суицидалне идеације* код пацијената у узорку (графикон 12).

Табела 12 приказује да је присуство суицидалне идеације код пацијената експерименталне групе Ф31 најчешће (код 54 или 90,00% њих), а најређе у контролној групи Ф20 (код 50 или 83,33%). Дијагностичке групе се не разликују статистички значајно према присуству суицидалне идеације јер је  $p=0,547$ .

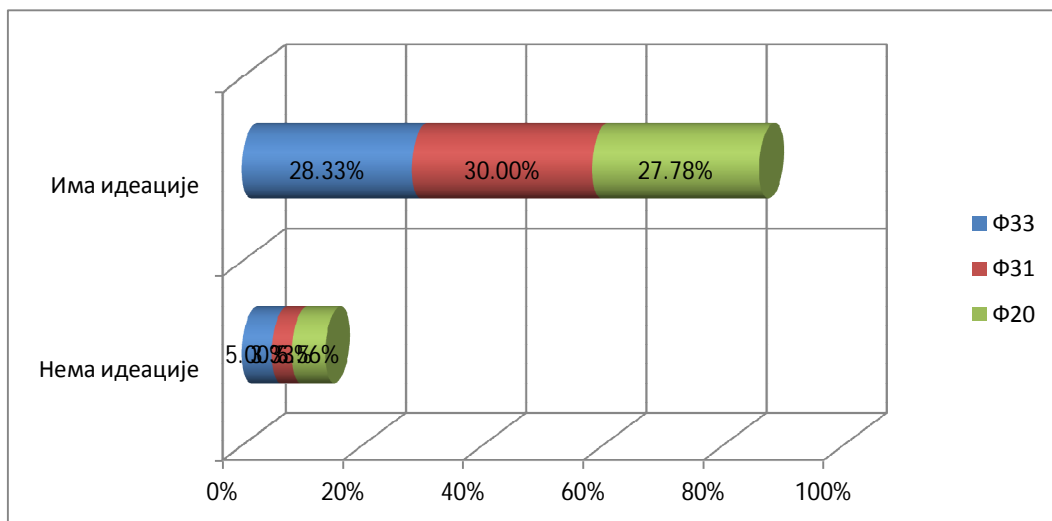
**Табела 12. Присуство суицидалне идеације код експерименталних и контролне групе**

Суицидалне идеације	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
Нема идеације	9	15,00	6	10,00	10	16,67	25	13,89
Има идеације	51	85,00	54	90,00	50	83,33	155	86,11
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=1,208, ДФ=2, p=0,547$$

Графикон 12 приказује присуство суицидалне идеације од укупног узорка код 155 или 86,11% испитаника, а 25 испитаника или 13,89% њих су без суицидалне идеације.

Графикон 12. Присуство суицидалне идеације



Скала за процену C-SSRS нуди скалирање суицидалне идеације, *интензитета*. У оквиру пет категорија степен тежине суицидалне идеације се рангира од 1 до 5, где је 1 најблажи најблажи степен а 5 најтежи степен. На тај начин се добија збирни скор који је приказан у следећој табели.

Табела 13 приказује да је најучесталији степен суицидалне идеације 16-20 и највише је пацијената у експерименталној групи Ф33 њих 29 или 48,33%. Следећи по овој учесталости су пацијенти контролне групе Ф20 њих 16 или 26,67%. Највише је пацијената у категорији интензитета 11-15 експерименталне групе Ф31 њих 18 или

30%. Дијагностичке групе се не разликују статистички значајно према интензитету суицидалне идеације ( $p=0,003$ )

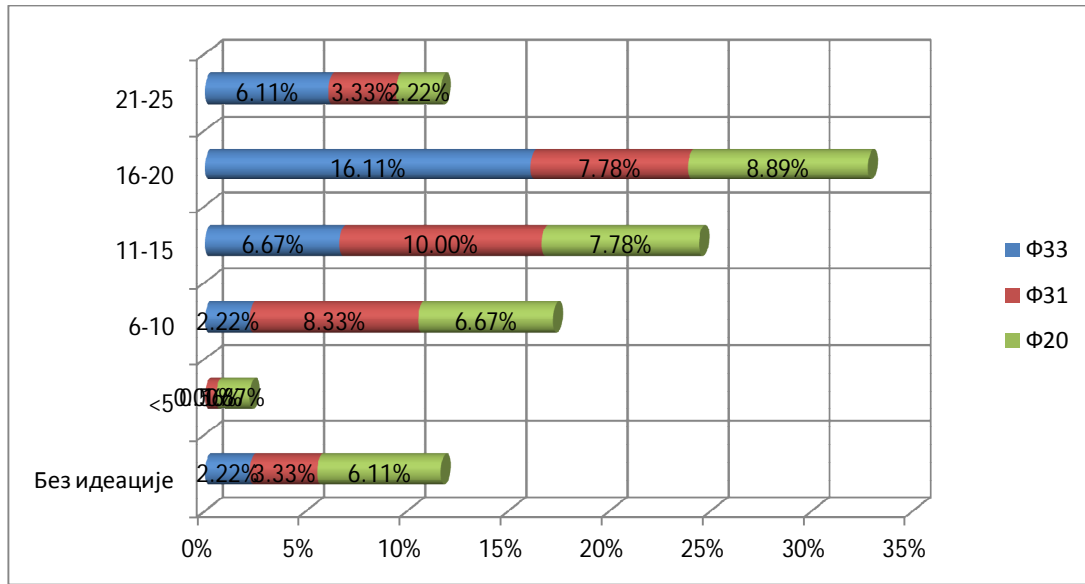
Табела 13. Интезитет суицидалне идеације

Интезитет идеације	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
Без идеације	4	6,67	6	10,00	11	18,33	21	11,67
<5			1	1,67	3	5,00	4	2,22
6-10	4	6,67	15	25,00	12	20,00	31	17,22
11-15	12	20,00	18	30,00	14	23,33	44	24,44
16-20	29	48,33	14	23,33	16	26,67	59	32,78
21-25	11	18,33	6	10,00	4	6,67	21	11,67
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$\chi^2=26,357$ , ДФ=10,  $p=0,03$

Графикон 13. Интезитет суицидалне идеације





Графикон 13 приказује да је интензитет суицидалне идеације категоризован степен 16-20 најфреквентнији и забележен је у 59 случајева или 32,78% од укупног броја испитаника – 180. Најмањи број, само 4 пацијента од 180 испитаника има степен интензитета суицидалне идеације 5.

Варијаблу суицидална идеација чине засебне категорије у односу на које се мерила суицидална идеација. Те категорије су: жеља за смрћу, неспецифичне активне суицидалне мисли, активна суицидална идеација са постојећом методом, не и планом и без намере да се делује у том смислу, активна суицидална идеација са интенцијом деловања без специфичног плана, активна суицидална идеација са специфичним планом и намером. Следи графички и статистички приказ ових пет категорија.

Табела 14 приказује да је жеља за смрћу присутна код скоро истог броја пацијената и у експерименталним групама и у контролној групи (Ф33 код 42 пацијента, Ф31 код 38 пацијената и Ф20 код 41 пацијента). Дијагностичке групе се не разликују статистички значајно према жељи за смрћу јер је  $p=0,721$ .

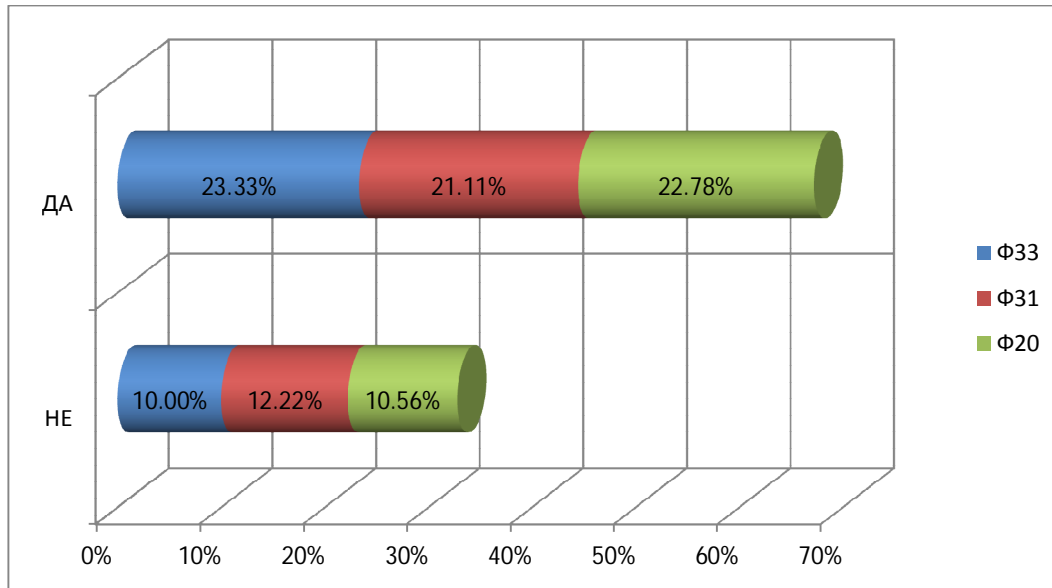
**Табела 14. Жеља за смрћу**

Жеља за смрћу	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
не	18	30,00	22	36,67	19	31,67	59	32,78
да	42	70,00	38	63,33	41	68,33	121	67,22
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$\chi^2=0,656$ , ДФ=2,  $p=0,721$

Графикон 14 приказује да је жељу за смрћу имали 121 или 67,22% испитаника од укупно 180 њих у узорку.

**Графикон 14. Жеља за смрћу**



Табела 15 приказује присуство активних, а неспецифичних суицидалних мисли код пацијената експерименталних и контролне групе. Чешће су присутне у експерименталним групама (Ф33 код 38 или 63,33%, Ф31 код 42 пацијента или 70,00% њих). У контролној групи само 23 пацијента или 38,33% пацијената је имало активне а неспецифичне суицидалне мисли. Постоји висока статистичка значајност разлика, јер је  $p < 0,001$

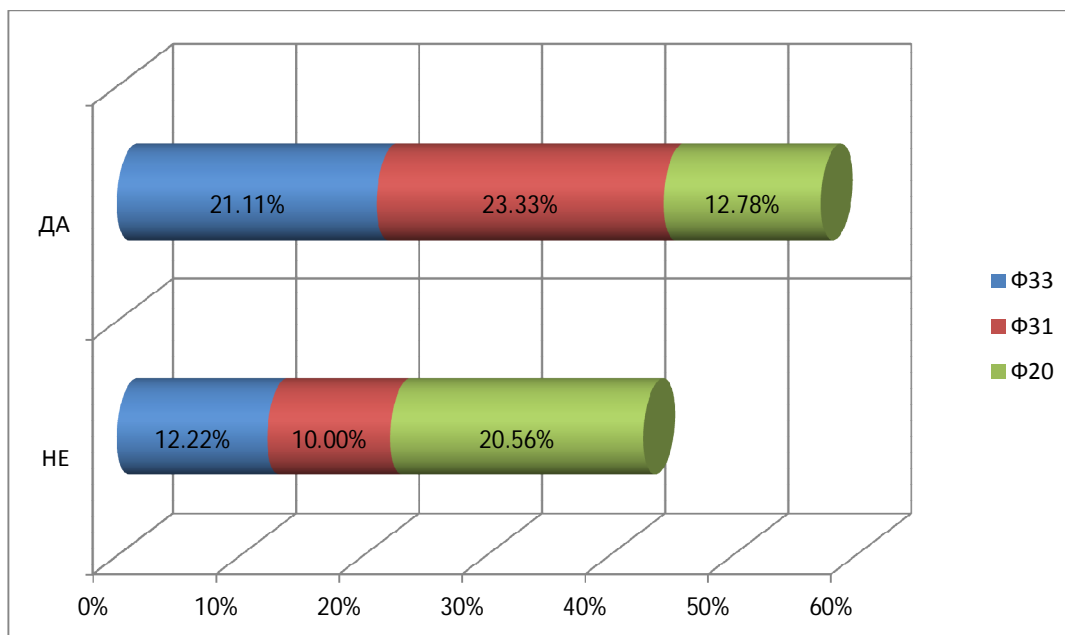
**Табела 15. Неспецифичне активне суицидалне мисли**

Неспецифичне активне суицидалне мисли	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
не	22	36,67	18	30,00	37	61,67	77	42,78
да	38	63,33	42	70,00	23	38,33	103	57,22
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=13,663, \text{ ДФ}=2, p<0,001$$

Графикон 15 приказује присуство неспецифичних активних суицидалних мисли код 103 (57,22%) и њихово отсуство код 77 (42,78%) од 180 пацијената у узорку.

**Графикон 15. Присуство неспецифичних активних суицидалних мисли**



Табела 16 приказује да активне суицидалне мисли са методом али не и са планом ила 8 или 13,33% пацијената експерименталне групе Ф33, а 9 или 15,00% пацијената експерименталне групе Ф31 док само 2 или 3,33% пацијената контролне групе. Дијагностичке групе се не разликују статистички значајно према присуству активних суицидалних мисли са методом али не и са планом ( $p=0.080$ )

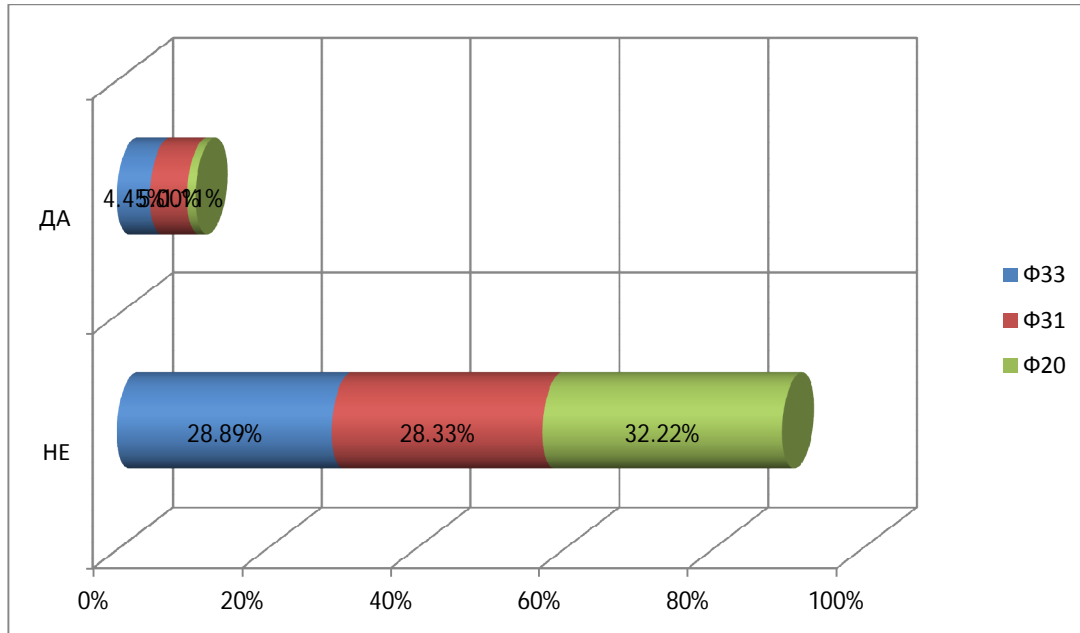
**Табела 16. Активне суицидалне мисли са методом а не и планом**

Активне суицидалне мисли са методом а не и планом	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
не	52	86,67	51	85,00	58	96,67	161	89,44
да	8	13,33	9	15,00	2	3,33	19	10,56
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=5,060, \text{ ДФ}=2, p=0,080$$

Графикон 16 приказује заступљеност активне суицидалне мисли са методом али не и планом код само 19 или 10,56% пацијената од 180 њих укупно у истраживању.

**Графикон 16. Активне суицидалне мисли са методом а не и планом**



Табела 17 приказује да су активне суицидалне мисли са интенцијом делања присутне у ниској фреквенци за експерименталне групе (Ф33 група 4 или 6,67% пацијената, а Ф31 група 3 или 5,00% пацијената) као и у контролној групи (Ф20 група 4 или 6,67% пацијената). Нема статистички значајне разлике јер је  $p=0,908$ .

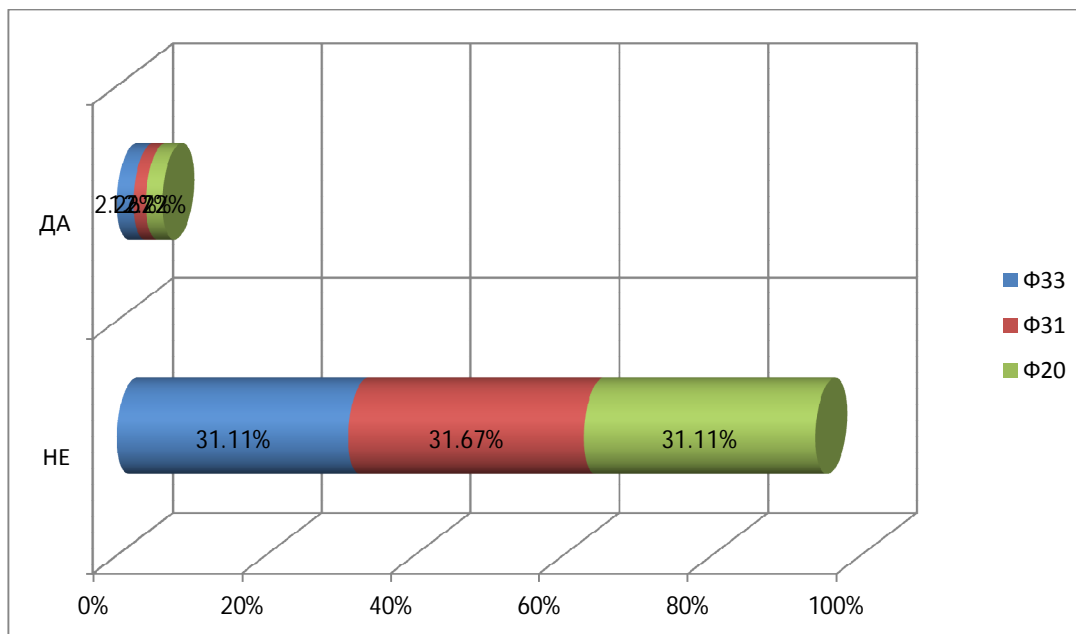
**Табела 17. Активне суицидалне мисли са интенцијом делања**

Активне суицидалне мисли са интенцијом делања	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
не	56	93,33	57	95,00	56	93,33	169	93,89
да	4	6,67	3	5,00	4	6,67	11	6,11
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=0,194, \text{ ДФ}=2, p=0,908$$

Графикон 17 приказује да само 11 или 6,11% пацијената од укупног узорка од 180 њих има активне суицидалне мисли са интенцијом делања.

**Графикон 17. Активне суицидалне мисли са интенцијом делања**



Табела 18 показује да највише пацијената има активне суицидалне мисли са планом и намером у експерименталној групи Ф33 а то је 18 или 30,00% њих, а најмање их је у контролној групи Ф20 њих само 11 или 18,33%. Нема статистички значајне разлике јер је  $p=0,257$ .

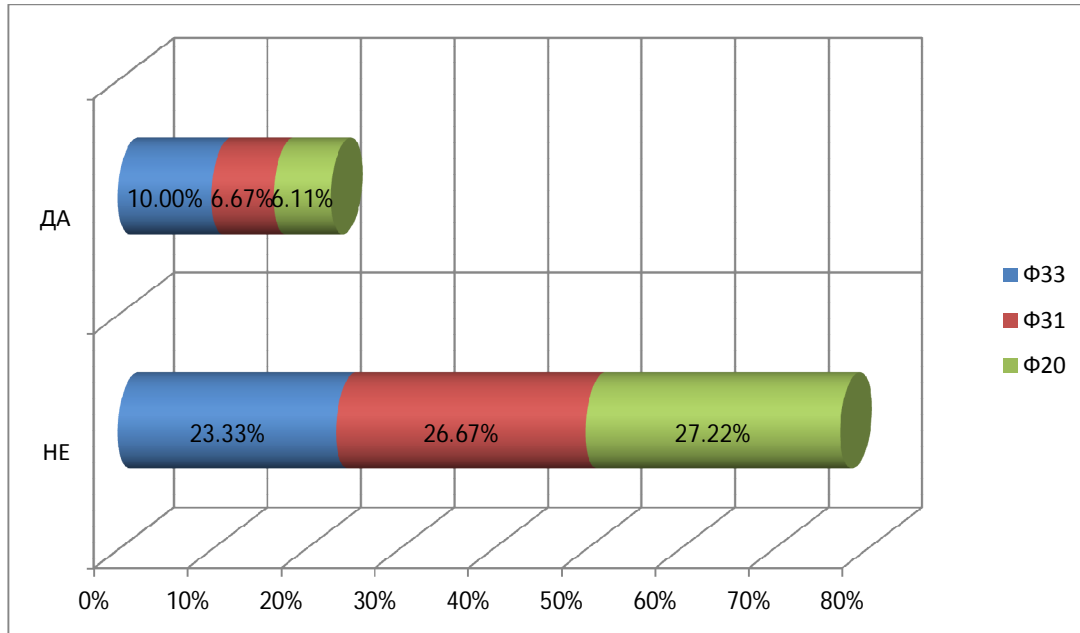
Табела 18. Активне суицидалне мисли са планом и намером

Активне суицидалне мисли са планом и намером	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
не	42	70,00	48	80,00	49	81,67	139	77,22
да	18	30,00	12	20,00	11	18,33	41	22,78
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$\chi^2=2,716$ , ДФ=2,  $p=0,257$

Графикон 18 показује да 41 пацијент или 22,78% њих од укупно 180 испитаника има активне суицидалне мисли са планом и намером.

Графикон 18. Активне суицидалне мисли са планом и намером



#### 4.4. Исход и метод покушаног самоубиства

Суицидално понашање је утврђивано на основу C-SSRS критеријума покушаја суицида следећих категорија: актуелни покушај суицида, спречен покушај

суицида, неуспео покушај суицида, методе покушаја самоубиства. Следе графички прикази овако добијених података:

Табела 19 приказује да суицидално понашање у скоро истој учесталости показују пацијенти и експерименталних и контролне групе. Статистички нема значајне разлике јер је  $p=0,842$ .

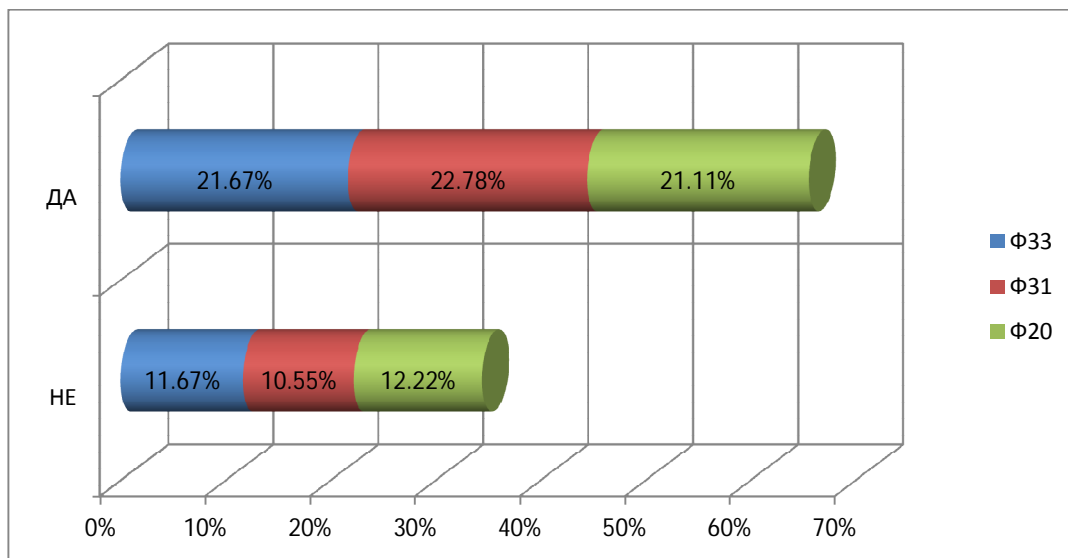
**Табела 19. Суицидално понашање**

Суицидално понашање	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
не	21	35,00	19	31,67	22	36,67	62	34,44
да	39	65,00	41	68,33	38	63,33	118	65,56
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$\chi^2=0,344$ , ДФ=2,  $p=0,842$

Графикон 19 приказује да 118 пацијената или 65,56% њих од укупно 180 испитаника укључених у истраживање показују суицидално понашање.

**Графикон 19. Суицидално понашање**



Табела 20 приказује да је актуелни покушало суицид 15 или 25,00% пацијената експерименталне групе Ф31 као и пацијената контролне групе Ф20 док је у експерименталној групи Ф33 било 8 или 13,33% пацијената са актуелним тентаменом суициди. Није потврђена статистички значајна разлика, јер је  $p=0,195$ .



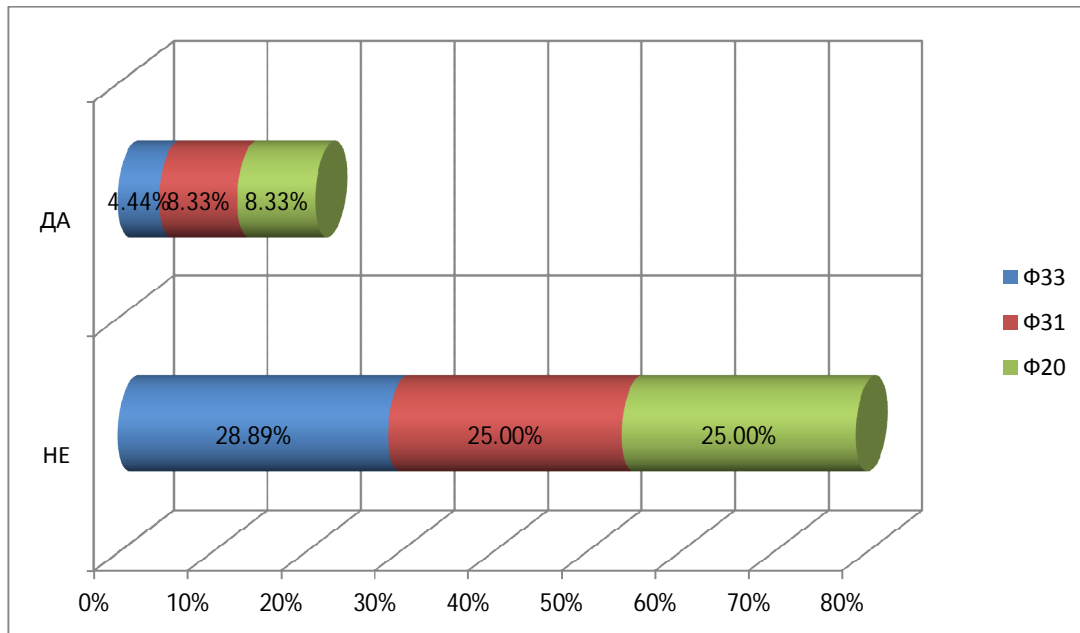
Табела 20. Актуелни покушај самоубиства

Актуелни покушај	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
не	52	86,67	45	75,00	45	75,00	142	78,89
да	8	13,33	15	25,00	15	25,00	38	21,11
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=3,269, ДФ=2, p=0,195$$

Графиком 20 приказује да је актуелни тентамен суициди имало 38 или 21,11% пацијената од 180 укључених у истраживање.

Графикон 20. Актуелни покушај самоубиства



Табела 21 приказује да су највише спречених покушаја самоубиства имали пацијенти експерименталне групе Ф33 са 22 или 36,67% њих у другој експерименталној групи Ф31 18 или 30,00% пацијената, а 19 или 31,67% пацијената је спречено у покушају суицида у контролној групи Ф20. Статистички није потврђена значајност разлика, јер је  $p=0,721$ .

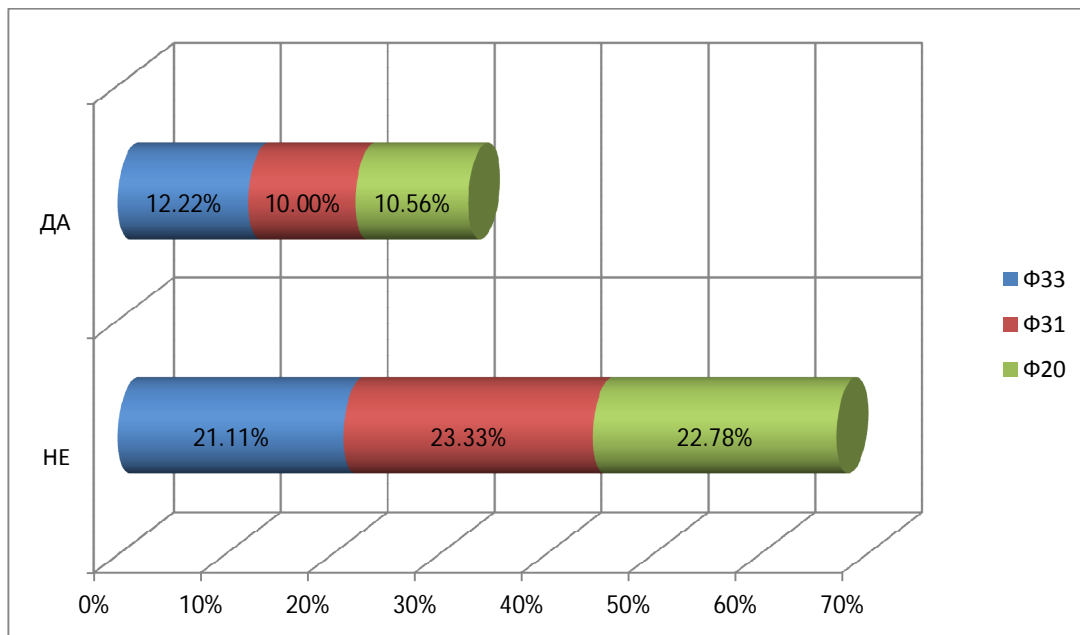
Табела 21. Спречен покушај самоубиства

Спречен покушај	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20		Н	%
	Н	%	Н	%	Н	%		
не	38	63,33	42	70,00	41	68,33	121	67,22
да	22	36,67	18	30,00	19	31,67	59	32,78
Свега:	60	100	60	100	60	100	180	100

$$\chi^2=0,656, ДФ=2, p=0,721$$

Графикон 21 приказује да је 59 или 32,78% пацијената од укупно 180 испитаника у истраживању спречено у покушају суицида.

Графикон 21. Спречен покушај самоубиства



Табела 22 приказује да је највише покушаја самоубиства било у експерименталној групи Ф31 њих 35, а најмање у контролној групи Ф20 само 16 пацијената. Од укупно 77 покушаја неуспешно су покушали суицид 27 пацијената узимањем таблета и то из групе Ф33 њих 8 из групе Ф31 њих 12 и 7 из групе Ф20, 28

пацијената је самоубиство неуспешно покушало пресецањем вена (11 њих из групе Ф33, из групе Ф31 њих 14 а из контролне групе Ф20 само 3 пацијента). Неуспешно самоубиство је покушало 14 пацијената узимањем корозивних средстава (4 пацијента из групе Ф33 а 5 из групе Ф31, такође 5 пацијената из групе Ф20). А само 8 њих неуспешно је покушало вешање (3 пацијента из групе Ф33, 4 пацијента из групе Ф31 и 1 пацијент из групе Ф20). Статистички није добијена значајност разлика јер је  $p=0,613$ .

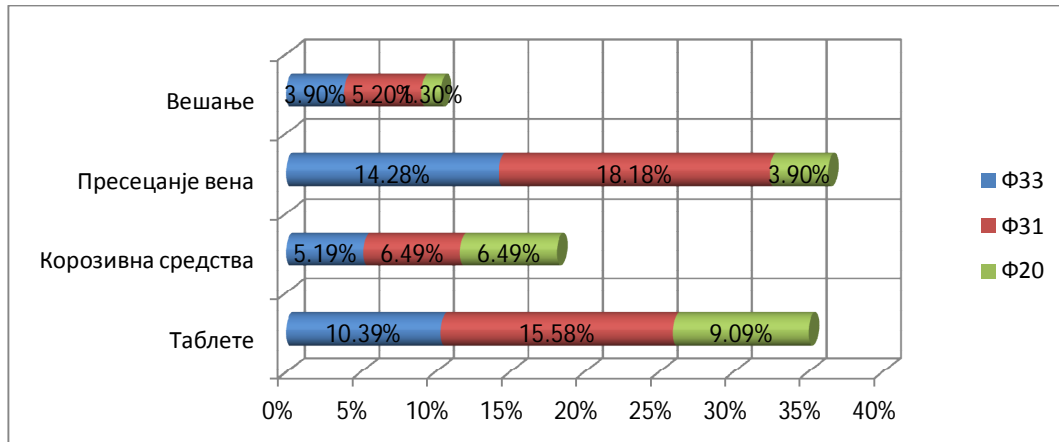
**Табела 22. Методе коришћене при покушају самоубиства**

Методе	дијагноза						укупно	
	Ф33		Ф31		Ф20			
	Н	%	Н	%	Н	%	Н	%
Таблете	8	30,77	12	34,29	7	43,75	27	35,06
Корозивна средства	4	15,38	5	14,29	5	31,25	14	18,18
Пресецање вена	11	42,31	14	40,00	3	18,75	28	36,36
Вешање	3	11,54	4	11,43	1	6,25	8	10,39
Свега:	26	100,00	35	100,00	16	100,00	77	100,00

$$\chi^2=4,472, \text{ ДФ}=6, p=0,613$$

Графикон 22 приказује фреквентност изабраних метода при вршењу покушаја самоубиства испитаника експерименталних и контролне групе.

**Графикон 22. Методе покушаја самоубиства**



Код 34 пацијента који су покушали суицид је забележено минимално медицинско оштећење док је код осталих пацијената - 146, оштећење није регистровано. Ваља напоменути да С-SSRS скала предвиђа још 3 категорије медицинског оштећења које нису забележене код пацијената у узорку. То су категорије умереног, умерено тешког и тешког оштећења. Пацијенти који су обухваћени овим истраживањем су пацијенти са пријема у СБПБ „Г. Топоница“ тј. пријем у болницу је обављен након санације повреда на другим клиникама узрокованих покушаним самоубиством.

Графикон 23. Покушај суицида и медицинско оштећење



#### 4.5. Компаративна анализа независних варијабли и покушаја суицида

За утврђивање повезаности, корелација независних варијабли и покушаја суицида је коришћен Спирманов метод услед чињенице да дистрибуција независних варијабли у узорку није нормална. Утврђена је тако *статистички значајна повезаност* између покушаја суицида и пола ( $p < 0,05$ ), ранијих покушаја суицида ( $p < 0,01$ ), хередитета ( $p < 0,05$ ), стања песимизма ( $p < 0,05$ ) и импулсивног понашања ( $p < 0,01$ ). Делимична повезаност је нађена између покушаја суицида и година старости и тригер фактора, јер је ( $p = 0,063$ ).

Табела 23. Повезаност покушаја суицида и независних варијабли

Независне варијабле			Покушај суицида
Спирманов Ро	Пол	Коефицијент корелације	.198
		Значајност	.016**
Животна доб		Коефицијент корелације	-.162
		Значајност	.063*
Стручна спрема		Коефицијент корелације	-.119
		Значајност	.112
Брачно стање		Коефицијент корелације	-.001
		Значајност	.985
Дужина болести		Коефицијент корелације	-.130
		Значајност	.083
Број хоспитализација		Коефицијент корелације	-.129
		Значајност	.084
Тригер		Коефицијент корелације	-.150
		Значајност	.063
Хередитет		Коефицијент корелације	-.166
		Значајност	.026**
Ранији покушаји суицида		Коефицијент корелације	.963
		Значајност	.000***
Стање песимизма		Коефицијент корелације	.186
		Значајност	.012**
Импулсивно понашање		Коефицијент корелације	.451
		Значајност	.000***

\* су приказане статистички делимична повезаност

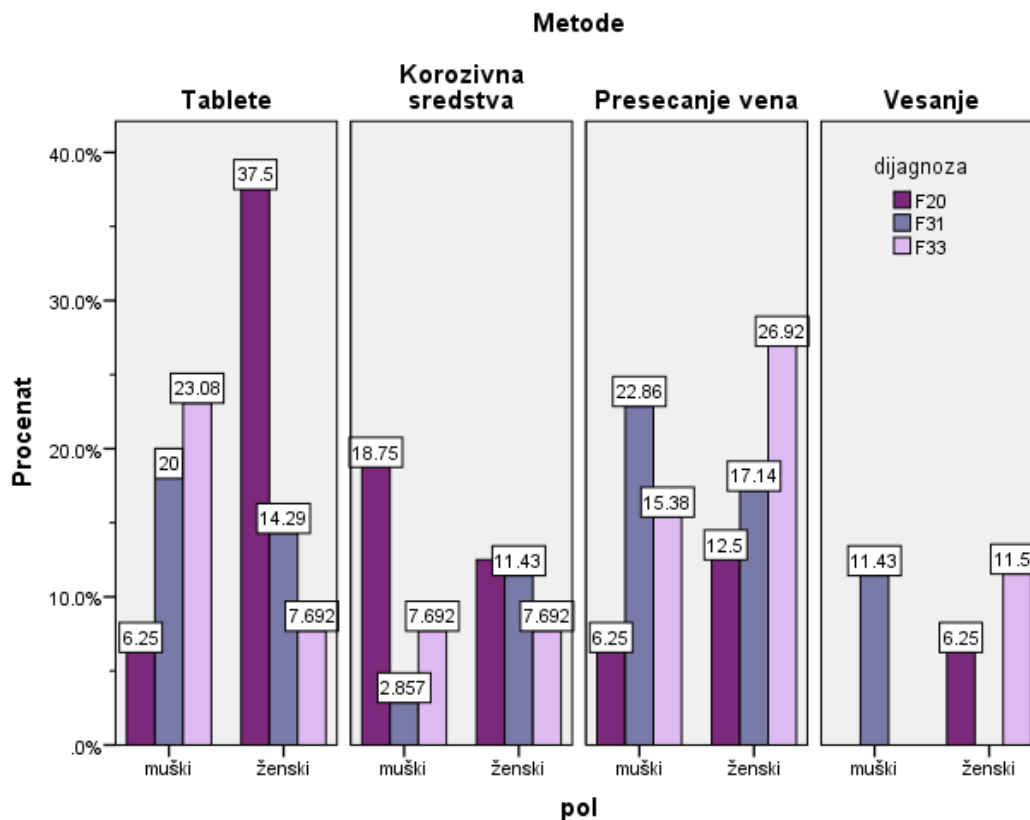
\*\* су приказане статистички значајне повезаности на нивоу од 0,05

\*\* су приказане статистички значајне повезаности на нивоу од 0,01

Ради боље прегледности и разумевања добијених података графички су представљени само статистичке значајне повезаности независних варијабли и метода покушаја суицида. Занимљива је, статистичка значајност разлике када се пореди метод покушаја суицида и полна припадности.

Показало се да жене чешће користе корозивна средства у односу на испитанике мушког пола (графикон 24),

Графикон 24. Методе коришћене при покушају суицида



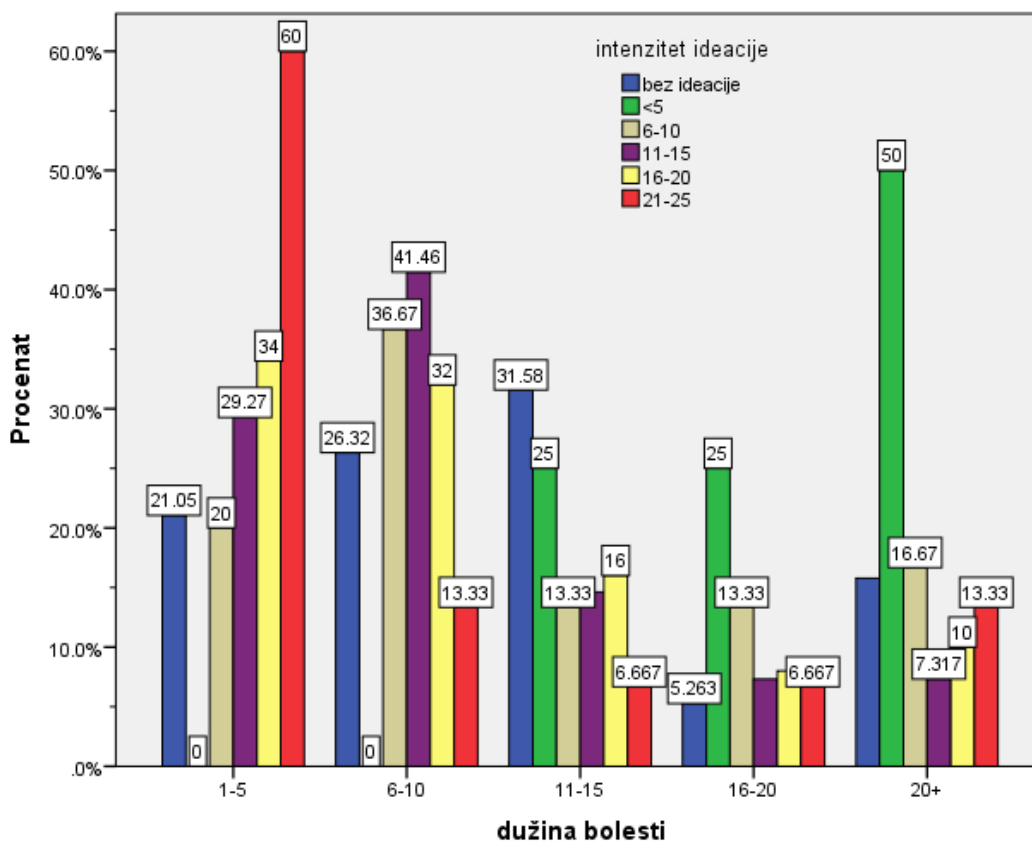
#### 4.6. Компаративна анализа независних варијабли и суицидалне идеације и интензитета идеације као зависних варијабли

Суицидална идеација је регистрована кроз C-SSRS као и њен интензитет који је приказан у 5 категорија.

Суицидална идеација, њено постојање или не, показала је статистичку значајну повезаност са независним варијаблама као што су ранији покушаји суицида, стањем песимизма и импулсивно понашање.

Графиконом 25 су приказани упоредни подаци интензитета суицидалне идеације у односу на *дужину трајања болести*. Што болест дуже траје интензитет суицидалне идеације се смањује.

Графикон 25. Интензитет суицидалне идеације према трајању болести



#### 4.7. Мултиваријантна факторска анализа ризика за суицидално понашање

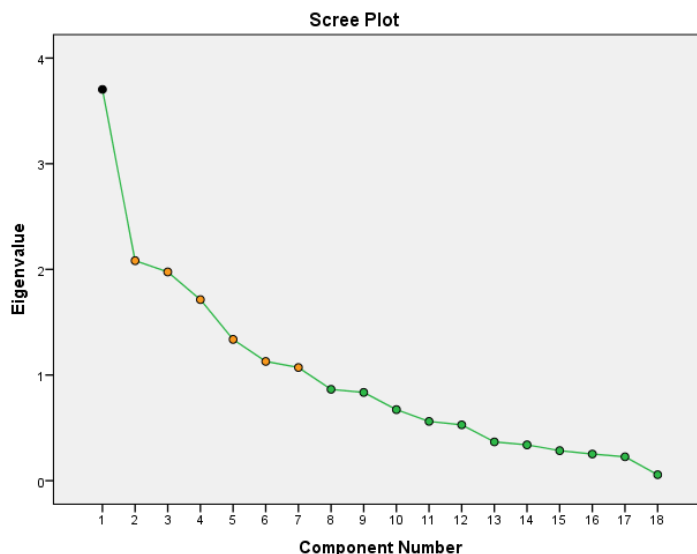
Табела 24 приказује мултиваријантном факторском анализу, методом главних компоненти, издвојене значајне *предикторе* за суицидално понашање у односу на цео узорак. Примењеним моделом факторске анализе укључене су све варијабле актуелног истраживања и екстраховано је, Вариматрих методом, седам фактора са највећим засићењем у узорку. Даљом анализом издвојена су три фактора ризика за суицидално понашање.

**Табела 24. Факторска анализа**

Фактор	Иницијални фактори			Збир квадрата екстракционих корена			Збир ротације		
	Укупно	% Варијансе	Кумулативни %	Укупно	% Варијансе	Кумулативни %	Укупно	% Варијансе	Кумулативни %
1	3.703	20.573	20.573	3.703	20.573	20.573	2.704	15.020	15.020
2	2.082	11.568	32.141	2.082	11.568	32.141	2.295	12.752	27.772
3	1.976	10.976	43.117	1.976	10.976	43.117	2.197	12.207	39.979
4	1.714	9.520	52.637	1.714	9.520	52.637	1.893	10.518	50.497
5	1.337	7.429	60.065	1.337	7.429	60.065	1.452	8.065	58.562
6	1.129	6.270	66.336	1.129	6.270	66.336	1.252	6.958	65.519
7	1.072	5.953	72.289	1.072	5.953	72.289	1.219	6.770	72.289
8	.864	4.802	77.091						
9	.835	4.640	81.731						
10	.673	3.737	85.469						
11	.561	3.117	88.586						
12	.528	2.936	91.521						
13	.367	2.039	93.560						
14	.339	1.884	95.445						
15	.285	1.581	97.026						
16	.253	1.403	98.429						
17	.226	1.257	99.686						
18	.057	.314	100.000						



Графикон 26. Факторска анализа



Табела 25. Фактор Матрикс

	Фактор		
	1	2	3
Интензитет идеације	<b>.667</b>	.429	-.062
Суицидалне идеације	<b>.631</b>	.219	.245
Стање песимизма	<b>.625</b>	.016	.149
Импулсивно понашање	<b>.592</b>	.386	-.243
Дијагноза	<b>.432</b>	-.290	-.408
Тригер	-.061	-.011	.053
Актуелни покушај	.215	<b>.863</b>	-.135
Медицинско оштећење	.176	<b>.849</b>	-.101
Ранији покушаји суицида	.114	<b>.699</b>	.027
Пол	-.308	.335	.008
Дужина болести	-.219	.012	<b>.793</b>
Број хоспитализација	-.296	-.011	<b>.776</b>
Стручна спрема	-.091	.078	<b>-.509</b>
Херeditет	.040	-.038	<b>.398</b>
Животна доб	.336	-.299	<b>.388</b>
Брачно стање	.112	-.196	.207

Табела 25 приказује Факторском анализом издвојене три групе фактора као предиктори за суицидално понашање:

*когнитивно-бихејвиорални* (суицидална идеација, интензитет суицидалне идеације, песимизам, импулсивност и дијагноза),

*бихејвиорални* (актуелни покушај суицида, медицинско оштећење и ранији покушај суицида),

*социодемографски* (дужина болести, број хоспитализација, стручна спрема, хередитет и година рођена).

Табела 26. Трансформацијски Фактор Матрике

Фактор	1	2	3
1	.716	.603	-.352
2	-.495	.794	.353
3	.492	-.078	.867

Однос фактора међу собом је такав да су први и други фактор, други и трећи у *позитивном корелацијском односу* док је *негативна повезаност* забележена између првог и трећег, овако екстрахованог фактора.

## 5. ДИСКУСИЈА

Предвиђања СЗО (светска здравствена организација) да ће до 2020. године бити милион и по самоубистава годишње су узнемиравајућа. Због тога је да је превенција самоубистава на високом месту приоритета у јавном здравству. Питање је колико су реална наша очекивања везана за ефикасност стратегија превенције самоубистава (112).

Сва досадашња истраживања, како квантитативна тако и квалитативна, на пољу суицидологије имају своје недостатке. Бројни су теоријски приступи који треба да одговоре на питања дефинисања и разумевања суицидалног понашања (99,113).

Значајна су систематска изучавања фактора који се односе на покушај самоубиства посебно они који истичу значај клиничких фактора ризика, као што су озбиљност депресивних и шизофрених симптома (114). Битно за суицидално понашање је и актуелно стање песимизма и склоност импулсивном понашању тих пацијената. Наравно за изучавање су битни и ранији покушаји суицида код пацијената из групе афективних и шизофрених поремећаја (114,116).

Наша студија укључује укупно 180 пацијената, уједначених по дијагностичким категоријама, на основу критеријумима међународне ICD-10 класификације по 60 њих са дијагнозама Ф33, Ф31 и Ф20, тј. са поремећајима расположења и шизофреним поремећајима, који су имали суицидално понашање и били хоспитализовани у психијатријској болници секундарне здравствене заштите у Горњој Топоници код Ниша, у временском периоду од годину и по дана. Пацијенти са афективним поремећајима (Ф33 и Ф31) чине експерименталне групе а шизофрени поремећаји (Ф20) су контролна група овог истраживања.

Истраживан је свеобухватан скуп могућих фактора ризика из неколико домена, укључујући демографске и клиничке факторе. Дакле узорак је укључио рекурентни депресивни и биполарни афективни поремећај као експерименталне групе и шизофрени поремећај, као контролну групу што подразумева њихово међусобно поређење. Дизајн студија је био такав да је испитивање фактора ризика

посебно било за суицидалне идеје и покушаје самоубиства, у склопу континуираног самоубилачког понашања током живота укључених пацијената.

Опште и социо-демографске карактеристике показују да је у експерименталним групама (Ф33, Ф31) највише пацијенти у животној доби изнад 50 година старости, и то 24 и 23 испитаника или 40,00% и 38,33% док старијих пацијената од 50 година нема у контролној групи (Ф20 схизофренија). Заступљеност полова је идентична гледано на укупан број испитаника ( 91 жена а 89 мушкараца), такође је приближна дистрибуција према полној структури у експерименталним групама и контролној. Више од две трећине испитаника из експерименталних група и контролне имају средње школско образовање. Пропорција испитаника са високим образовањем је статистички значајно већа код испитаника експерименталних група поређено са контролном групом ( $p < 0,01$ ). Без партнера је 95 пацијента. Са неповољним личним и социјалним околностима као *факторима* за суицидално понашање, било је 162 пацијента од 180 њих укључених у ово истраживање. Укупно 94 пацијента навела су да имају неповољне услове за живот, углавном у руралним областима, где је мрежа социјалне подршке готово минимална, уз један самачки живот, јер је већина без партнера и без посла, или у превременој инвалидској пензији.

Према трајању болести највише је пацијената који болују 1 до 5 година и ти 60 пацијената, од тога скоро 60% или 35 пацијената експерименталне групе Ф33 болују и лече се 1 до 5 година ( $p < 0.001$ ). Са *хередитетом* тј. са психијатријским обољењем и/или покушајем суицида у породици било је у контролној групи (Ф20) 46 испитаника или 76,66% а без податка о хередитету било је пола испитаника у експерименталној групи Ф33.

Нема статистички значајне разлике стања песимизма у експерименталним групама поређено са контролном.

Истраживање је проверавало да ли *импулсивности* пацијената као психолошки предиктор утиче на суицидално понашање. Највише испитаника са импулсивним понашањем је у експерименталној групи Ф31 и то 51 или 85,00%, а најмање у контролној групи само њих 22 или 36,67%. Постоји и висока значајност статистичке разлике испитивања импулсивности код пацијената експерименталних група поређено са контролном ( $p < 0,001$ )

За потребе овог истраживања је коришћена C-SSRS рејтинг скала за процену озбиљности самоубиства, верзија од 14.01.2009 године. Мерило се присуство *суицидалне идеације* код пацијената у узорку. Ево прегледа резултата који су прикупљени овом скалом:

- Присуство суицидалне идеације је најчешће код пацијената експерименталне групе Ф31 (код 154 или 90,00% њих), а најређе у контролној групи Ф20 (код 50 или 83,33%). Дијагностичке групе се разликују статистички значајно према присуству суицидалне идеације јер је  $p=0,547$ .
- Суицидалну идеацију су у највећем проценту чиниле *жеља за смрћу* 67,2% и *неспецифичне активне суицидалне мисли* 57,2% испитаника.
- Што се тиче *интензитета суицидалне идеације* најчесталија категорија степена суицидалне идеације је интензитета од 16 до 20 – код 32,8% испитаника.
- *Упоредним прегледом независних варијабли и покушаја суицида*, праћени демографски параметри указују да постоји значајна статистичких разлика у покушају самоубиства код мушких и женских пацијената, као и делимична статистичка разлика у погледу њихове старосне доби. Разматрајући методе покушаја самоубиства жене су предњачиле у избору деструктивнијих начина попут испијања корозивних средстава и пресецања вена. Тако, подаци указују на учесталије покушаје суицида међу *женским пацијентима*.

Бројни аутори су показали да је суицидални покушај подједнако опсервиран и код мушкараца и код жена, а да су жене са суицидалним покушајем показивале виолентније методе од мушкараца, што је у корелацији и са нашим резултатима (117,118). Истраживања других аутора су категорисали женски пол као фактор ризика за суицидално понашање (119,120). Такође, одређени аутори су истакли да је стопа суицидалног покушаја међу женама са афективним поремећајем два пута већа него код мушкараца са афективним поремећајем, указујући на већи смртни исход код мушкараца (121,114). Са друге стране постоје и студије које налазе да су у већем

суицидалном ризику мушки пацијенти који живе сами и незапослени су (122,123). Нашим истраживањем наведено није потврђено вероватно због реално малог броја испитаника и због њиховог укључивања у лимитираном времену.

Покушаји суицида су чешћи у млађој животној доби у односу на старије пацијенте, такође су млађи склонији суицидалном понашању. Наше истраживање показује да 60% млађих показује суицидално понашање у смислу покушаја суицида. Овакве ставове потврђују и бројна ранија истраживања. Рецимо студије са депресивним пацијентима су показале да млади пацијенти показују већи број суицидалних покушаја (124,107). Неки аутори нису пронашли везу између покушаја суицида и узраста (21,125). Друге студије су истраживале факторе ризика посебно за поновљене покушаје самоубиства и идентификовали су млађи узраст као важан предиктор (17).

Наше истраживање је потврдило да су *тригери* за суицидално понашање у делимично статистички значајној повезаности са покушајем самоубиства. Показало се да специфичне компоненте неприлагодљивости у социјалном окружењу повећавају ризик од суицида. Социјални фактори као тригер за покушај суицида и код афективних и шизофрених поремећаја, су у већем проценту утицали на суицидално понашање у односу на личне факторе који су такође били присутни. Оваква дистрибуција података је у вези са социјалном категоријом пацијената који се хоспитализују у специјалној болници секундарне здравствене заштите. Хоспитализовани пацијенти су углавном из руралних подручја, без адекватне социјалне и породичне подршке.

Актуелна бројна истраживања потврђују да је квалитет живота повезан са суицидалним понашањем тј. суицидалном идеацијом, покушајем и реализованим суицидом у општој популацији и међу психијатрским пацијентима (126,127). Такође показују да је квалитет живота значајно нарушен код пацијената са афективним поремећајем, чак и када су клинички еутимични (128,116). Стресни животни догађаји су још један моћан фактор који предвиђа суицидални покушај и представља значајну улогу у предвиђању суицидалног покушаја међу афективним пацијентима у многим студијама, посебно у току депресивне фазе (118,120).

Доступна нам литература истиче значај хередитета код афективних поремећаја и везу са суицидалним понашањем (104). Изложеност суицидалном

понашању је узрокована генетичким факторима, посебно са породичном историјом суицидалног понашања и мајор депресивним епизодама (129,130). Наведени ставови не одступају од наших налаза већ су добрим делом усклађени.

Већина пацијента који су примљени у болницу због актуелног покушаја суицида имали су претходне покушаје суицида, што корелира са налазима других аутора. Бројни истраживачи налазе да пацијенти са афективним поремећајима и претходним суицидалним покушајима имају лошији квалитет живота него пацијенти без претходних суицидалних покушаја (131,132). Низак квалитет живота утиче на присуство ниских социјалних вештина уз неадекватну социјалну подршку што повећава суицидални ризик (133,134). Више студија је потврдило да је претходни покушај суицида повећао ризик за будући самоубилачки акт скоро четири пута (135,136).

Коначно, анализом досадашњих фактора у нашој студији нађено је да су пацијенти са повишеним ризиком за покушај самоубиства: женски пол, млађа старосна доб, пацијенти који су у личној анамнези имали раније покушаје суицида, условљен лош квалитет живота, а потврђено је и постојање психијатријског херидитета. Наведено подржава хипотезу овог истраживања да пацијенти са позитивном личној историјом покушаја самоубиства имају већи проценат покушаја, док код других, без покушаја самоубиства самоубилачки покушај изостаје, али се укључује позитиван психијатријски херидитет у породици као ризико фактор за учесталије покушаје самоубиства.

Истраживање показује тренд да код афективних поремећаја учесталост покушаја суицида је већа у односу на шизофрене поремећаје. Код пацијената који болују од биполарног афективног поремећаја 15 жена или 25% ове експерименталне групе је покушало самоубиство (вешањем 6 пацијенткиња, испијањем веће количине антидепресива и анксиолитика 5, док је 4 користило корозивна средства) поређено са 20 мушкараца са покушајем самоубиства групе Ф31 (вешањем 4 пацијента, испијањем таблета 7 пацијента, корозивна средства је испио 1 пацијент док је 8 пацијената суицид покушало пресецањем вена врата). Од 26 пацијената који болују од рекурентног депресивног поремећаја (експериментална група Ф33) 14 жена је покушало суицид (7 пацијенткиња је пресекло вене ручја, 3 вешање, 2 испијањем корозивних средстава и 2 узимањем веће количине лекова) и 12 мушкараца те групе

(6 њих је покушало суицид испијањем лекова, пресецањем вена 4 пацијента и 2 испијањем корозивних средстава). Код шизофрених поремећаја тј у контролној групи Ф20, 5 мушкараца је покушало суицид (вешањем) и 11 жена (у већем проценту испијањем лекова). На основу реченог, у погледу покушаја самоубиства експерименталне групе са афективним поремећајем су показале значајну статистичку разлику у односу на контролну групу са шизофреним поремећајем. Тежина депресивних епизода код биполарног афективног поремећаја и рекурентне депресије потврђена је Хамилтоновом скалом за процену тежине депресије где је скор преко 24 био показатељ озбиљности депресивних симптома који су захтевали хоспитализацију.

Дакле истраживањем је показано да постоји значајна статистичка повезаност у експерименталним групама између *стања пессимизма* и покушаја суицида. Позитиван смер корелације указује на тренд да уколико је пессимизам израженији код пацијената то су покушаји суицида извеснији.

Наведено корелира са налазима презентованим у многим досадашњим студијама које наводе да међу психијатријским обољењима најчешћи ризико фактор су афективни поремећаји: депресивни поремећаји и биполарна депресија у склопу биполарног афективног поремећаја (137,138). Пролонгирано трајање депресивне епизоде повећава ризик од суицида код пацијената са афективним поремећајем и лош је прогностички фактор у погледу суицидалног понашања (139,140).

Други аутори наводе два значајна ризико фактора. Прво, нађено је да пацијенти са првом депресивном епизодом имају повишен суицидални ризик. Биполарни пацијенти који су хоспитализовани са првом депресивном епизодом показују тенденцу развоја депресије и у следећој епизоди (141,142). Више од 60 % суицидалних пацијената изврши суицид у првој депресивној епизоди (142). Друго, постоји континуирана и снажна веза суицидалног ризика са пропорцијом укупних рекурентних епизода које су биле депресивне и са суицидалним понашањем (143,144). Многи аутори истичу да је биполарни афективни поремећај често као и хронично психијатријско обољење повезан са повећаном смртношћу због суицида (145,146). Међу менталним обољењима биполарни афективни поремећај је један од водећих узрока суицидалног понашања на више нивоа, јер на такво понашање утичу



емоционалне реакције на нивоу личности, карактеристике и ток болести и утицај на унутрашњу динамику епизоде (147,148).

Познато је да је предвиђање суицидалног покушаја на основу фактора ризика који су статистички повезани са суицидалним покушајима код пацијената са афективним поремећајима тешко, с обзиром да је суицидално понашање резултат тих фактора, преципитирајућег стреса и актуелних карактеристика болести (149). Неке студије наводе да пацијенти са афективним поремећајима имају нарушену функционалност која може узроковати хроничан стрес и повишену суицидалност (150). Психотични симптоми су показали обрнуту повезаност са суицидалним ризиком (151,152).

Наше истраживање је показало да склоност *импулсивном понашању* у позитивној корелацији са суицидалним понашањем. Уколико је склоност импулсивном реаговању већа, утолико је и већа могућност суицидалног покушаја. Пошто је испитивана популација са поремећајима у сфери афективита, логично је да се импулсивност посматра засебно и да показује овакав вид корелацијског односа са покушајем суицида, што одговара и ставовима других аутора.

Бројни аутори наводе да апсолутно повишење сваког темепраманта може бити повезано са психопатолошким симптомима али и индивидуалним емоционалним карактеристикама које могу бити повезане са повисеним суицидалним ризиком (153). Треба нагласити да оно што и даље знамо о ризико факторима повезаним са суицидалном идеацијом и понашањем у афективним поремећајима, потиче од проучавања пацијената у акутној фази болести (154).

Други истраживачи импулсивност сматрају поузданим маркером ризика код униполарне депресије, али не и код пацијената са биполарним афективним поремећајем (155,156).

Бројна истраживања потврђују да антиепилептици који се користе као стабилизатори расположења у биполарном афективном поремећају, као и за третман неуропатског бола могу бити стања која су повезана са високим ризиком од суицида (157,158).

Претходно анализирани ризико фактори за покушај суицида *поуверљиву хијоџезу* нашег истраживања да група пацијената без покушаја суицида има мањи број депресивних епизода, нижи ниво песимизма и инпулсивног понашања.

Упоредна анализа независних варијабли и *суицидалне идеације* и њеног интензитета показала је статистичку значајну повезаност суицидалне идеације са: ранијим покушајем суицида, стањем песимизма и импулсивним понашањем. Позитиван смер корелације указује на тенденцију да је суицидална идеација виша уколико је стање песимизма код пацијената израженије, односно склоност импулсивном реаговању већа и учесталији ранији покушаји суицида.

Није било могуће опсервирати студије које су истраживале факторе медијације, као што је песимизам, као везу између емоционалних карактеристика личности и суицидалног понашања. Но добро је познато да су пацијенти са афективним поремећајем у већем ризику од покушаја и реализације суицида (159). Већина аутора наводи да је песимизам утврђен као један од предиктора суицидалног понашања (160,161). Неке истраживачи налазе да је постојање песимизма најзначајнија варијабла када се упореди са депресијом, у сагласности са природом ових психопатолошких карактеристика (162).

Песимизам који је везан за будућност код суицидалних пацијената, описан је у литератури као мулти факторијални конструкт и недостатак позитивног размишљања о будућности је значајније него присуство негативног размишљања о будућности (163). Не може се занемарити могућност да песимизам такође може бити, бар делом, последица тешког тока болести, посебно оних са животним депресивним оптерећењем и предиспонираних на суицидалност (164,165).

Истраживачи која су за регистровање суицидалне идеације користила C-SSRS скалу налазе да су импулсивност и нестабилност интерперсоналних односа један од критеријума који независно условљавају суицидално понашање (166,167).

Неке студије су потврдиле да је импулсивност предиктор суицидалне идеације када се јавља у склопу психијатријских поремећаја (168).

Аутори скорашње студије, који су суицидалну идеацију мерили C-SSRS скалом, налазе да је импулсивност фактор ризика за суицидалну идеацију и покушаје само код афективних поремећаја а не и код шизофрених (169).

Наше истраживање је такође потврдило да варијабле: дужина болести, број хоспитализација, ранији покушај суицида, песимизам и импулсивно понашање статистички значајно утичу на интензитет суицидалне идеације.

Када је у питању *дужина болести* и *број хоспитализација* интензитет идеације се смањује са годинама лечења у склопу поновљених хоспитализација. Код испитаника који су имали више од десет хоспитализација максимални интензитет суицидалне идеације који C-SSRS може измерити се не бележи, док је са друге стране категорија минималног интензитета суицидалне идеације и даље присутна.

Описано може да указује да је већи број хоспитализација протективни фактор за суицидалну идеацију. Ово се може објаснити утицајем свеукупног третмана који укључује лекове као и социјалну подршку коју неминовно хоспитализација пружа.

Дакле, највиши интензитет суицидалне идеације је потврђен у нашем истраживању код оних пацијената који су тренутно на третману, односно у првих 5 година болести. Са друге стране, интензитет идеације се смањује са годинама лечења у склопу поновљених хоспитализација.

Интензитет суицидалне идеације је јаче присутан у односу на *дијагностичке критеријуме* и показује да је најјачи интензитет идеације присутан у експерименталној групи (пацијенти са афективним поремећајима) поређено са изразито благим интензитетом суицидалне идеације код шизофрених поремећаја односно код пацијената контролне групе.

Подаци добијени овим истраживањем су у складу са налазима других аутора које тврде да су депресивна симптоматологија и песимизам тихи показатељи самоубилачких тенденција. Понављање покушаја самоубиства је у вези са озбиљношћу болести расположења и импулсивношћу која их прати. (22,170). Резултати неких истраживања показују да независни фактори ризика за суицидалне идеје и покушаје суицида углавном укључују клиничке факторе пре него развојне или личне (персоналне) факторе (171).

Компаративном анализом фактора ризика и суицидалне идеације утврдили смо да је она присутна и у експерименталним групама као и у контролној групи, а вишег је интензитета код експерименталних група поређено са контролном. Наведени налази иду у прилог постављених хипотеза у овом истраживању.

На скали за процену озбиљности суицида C-SSRS у делу суицидална идеација, дијагностичка категорија јесте важан предиктор постојања суицидалне идеације и суицидалних покушаја.

*Неспецифичне активне суицидалне мисли* су у већем броју присутне код групе пацијената са афективним поремећајем (експериментална група) и униполарном депресијом, у односу на пацијенте са шизофреним поремећајем (контролна група).

Наши налази корелирају са налазима других аутора који наводе да је присуство неспецифичних активних суицидалних мисли израженије код оних пацијената чија је психопатологија “засићена” афектом. Дакле, афективна компонента поремећаја игра улогу у организацији неспецифичних суицидалних мисли (172).

*Активне суицидалне мисли са методом не и планом* у односу на дијагнозу показују да пацијенти са биполарним афективним поремећајем имају активне суицидалне мисли са планом не и намером а незнато мање пацијенти са рекурентном депресијом. Пацијенти са шизофренијом показали су веће присуство активних суицидалних мисли са методом не и планом . Оваква дистрибуција података упућује на закључак да пацијенти са шизофреним симптомима чешће извршавају суициде без плана и намере, импулсивно под утицајем психопатолошких садржаја .

Наши налази у вези суицидалне идеације потврђују податке из литературе где се наводи да суицидална идеација и депресивни симптоми представљају различите аспекте депресивне конструкције, док је развој депресије праћен суицидалном идеацијом (172,173). Неки аутори наводе да је ток биполарног афективног поремећаја претежно депресија. (174,175).

Истраживања у којима су испитивани фактори ризика за "чисте" суицидалне идеје без покушаја самоубиства током живота међу клиничким болестима расположења дошло се до закључка да пацијенти са тешким депресивним поремећајима без психотичних симптома и биполарни афективни поремећај показују сличан релативни ризик за суицидалне идеје (146,148).

Актуелни покушај самоубиства према C-SSRSy је и сам акт самоуништења са жељом да се себи одузме живот. Нашим истраживањем је потврђена статистички значајна повезаност између дијагнозе болести и суицидалног покушаја у делу неуспео покушај суицида и медицинско оштећење услед таквог понашања. Ова повезаност је у корист афективних поремећаја, односно пацијенти са биполарним афективним поремећајем су успели да зауставе акте у смислу суицида пре него ли пацијенти са рекурентних депресивним и шизофреним поремећајем.

Реализацију суицидалне намере пацијента са шизофренијом тј. пацијената контролне групе је било теже спречити у реализацији самоубиства, јер они самоубиство извршавају импулсивно под утицајем психопатолошких садржаја, док пацијенти са афективним поремећајима тј. пацијенти експерименталних група у већем проценту су могли бити спречени у намери извршења суицида.

Испитивана популација је показала статистичку значајну разлику када је у питању *покушај суицида и интензивне суицидалне идеације*. Што је интензитет суицидалне идеације већи то је већа вероватноћа да дође до покушаја суицида, што је и очекивано. Интересантан је податак да пацијенти са интензитетом суицидалне идеације од 16 до 20 су учесталији у покушају суицида, јер скоро половина пацијената са покушајем суицида је у овој категорији интензитета суицидалне идеације.

Наше истраживање је показало да се пацијенти експерименталних група (Ф33 и Ф31) не разликују од пацијената контролне групе тј. са шизофреним поремећајем у делу постојања суицидалне идеације. Међутим, разлика је присутна између ове две групе пацијената у интензитету виши код експерименталних група или афективних поремећаја. Пацијенти са експерименталних група (Ф33 и Ф31) имају неуспеле покушаје суицида и у већем проценту медицинска оштећења која говоре о озбиљности самог покушаја. Пацијенти са контролне групе (Ф20) тј. са шизофреним поремећајем су имали нижи степен покушаја суицида и мањи степен интензитета суицидалне идеације што иде у прилог постављеној хипотези у истраживању.

Истраживањем је потврђено да су афективни поремећаји значајан фактор ризика за самоубилачко понашање и слични су са налазима других истраживача (176).

Други аутори потврђују значај прве депресивне епизоде у биполарном афективном поремећају у смислу предвиђања суицидалног ризика који са протоком времена расте (177).

Код шизофреније, у односу на афективне поремећаје, други су фактори који се односе на утицај болести за ризик покушаја самоубиства. Ово укључује депресивну фазу након стицања увида; код шизофреније позитивне симптоме, незнање, учестале кратке хоспитализације, коморбидне окп и добар увид у болест у

стањима ремисије. Обе болести су озбиљне неуропсихијатријске болести са потенцијалним озбиљним консеквенцама (178,179).

Многи аутори указују да тежина депресије утиче на суицидално понашање, нарочито уколико су присутни психотични симптоми, утолико је суицидалност већа (180). Доступна нам литература потврђују да психотични симптоми код поремећаја расположења повећавају ризик за суицидално понашање. Пацијенти са шизофреним поремећајем са психотичним симптомима показали су идентичне нивое као и они са симптомима депресије и песимизма и на тај начин, разлика у ризику може се више приписати последицама психотичних феномена. Бројни аутори у истраживањима налазе да понављани покушаји самоубиства повезани са најтежим клиничким карактеристикама, као што је тежина депресије и психотични симптоми. (181).

Наше истраживање је користећи *мултифакторску анализу* издвојило значајне предикторе за суицидално понашање. У примењеном моделу анализе разматране су варијабле које су с обзиром на претходно изнесене резултате истраживања издвојиле као потентни ризико фактори:

*Први фактор* је скуп следећих варијабли: интензитет идеације, суицидална идеација, стање песимизма, импулсивно понашање. Ови фактори су когнитивно-бихејвиорални и заправо представљају клиничке параметре који највише утичу на суицидално понашање. Дакле, суицидално понашање ће у многоме зависити од актуелног когнитивног стања пацијента који је примљен на хоспитално лечење.

*Други фактор* чине следеће варијабле: актуелни покушај суицида и ранији покушаји суицида са високим степеном медицинског оштећења. Овај ризико фактор је везан за сам чин суицида, а исход претходног покушаја суицида и степен медицинског оштећења које је настало, утицаће на будући покушај суицида.

*Трећи фактор* чине варијабле: дужина болести, број хоспитализација, стручна спрема, хередитет и година рођена. Делимично овај фактор је засићен социодемографским карактеристикама пацијента, тичу се његове породичне историје болести. Дакле, суицидално понашање, поред личних обележја обухвата и карактеристике које се тичу саме болести.

Однос фактора међу собом је такав да су први и други фактор у *позитивном корелацијском односу* што значи да уколико су наглашени когнитивно-бихејвиорални аспекти за суицидално понашање утолико ће ризик за актуелни

покушај суицида бити већи. Са друге стране, *негативна повезаност* првог и трећег, овако екстрахованог фактора, говори о обрнуто пропорционалном односу когнитивно-бихејвиоралних фактора за суицидално понашање и социо-демографских карактеристика и породичне анамнезе. Уколико су клинички параметри везани за суицидално понашање израженији онда фактори треће групе говоре у прилог млађе старосне доби, ниже стричне спреме, мањег броја хоспитализација и краћег трајања болести.

Мултиваријантном факторском анализом у нашем истраживању смо приказали десет индикатора суицидалног понашања а то су: суицидална идеација, песимизам, импулсивно понашање, депресивне епизоде афективних поремећаја, ранији покушаји суицида, дужина болести, број хоспитализација, стручна спрема, хередитет за психијатријска обољења, млађа старосна доб. Наши налази значајно корелирају са ставовима у доступној нам литератури.

Други истраживачи дајући преглед предиктора за суицидално понашање, коришћењем мулти варијабилне логистичке регресије су нашли шест индикатора суицидалног покушаја и то: депресивне епизоде, ранији суицидални покушај, стресогени животни догађаји, интермитентна медикација, лош терапијски одговор и кратко трајање лечења афективних поремећаја. Психотични симптоми су показали обрнуту повезаност са суицидалним ризиком (134).

## **6. ЗАКЉУЧЦИ**

1. Истраживање је спроведено на укупно 180 пацијенета које чини 120 пацијената експерименталних група Ф33 и Ф31(рекурентни депресивни поремећаји 60 испитаника и биполарни афективни поремећај 60 испитаника) и 60 испитаника

контролне групе Ф20 (шизофренија). Учесталост покушаја суицида је највећа код биполарних афективних поремећаја, а најмања код шизофрених поремећаја.

2. Утврђено је да су пацијенти са повишеним ризиком од самоубиства и са учесталијим покушајима суицида женског пола, млађе старосне доби, са податком о претходном покушају суицида, о психијатријском хередитету, у породици.

- импулсивно понашање и песимизам је у позитивној корелацији са суицидалним понашањем и на нивоу статистичке значајности код испитаника експерименталних група – пацијенти са афективним поремећајима.

- група пацијената са покушајем суицида има већи број депресивних епизода.
- претходни покушај суицида је чешћи код њих.

3. Пацијенти са покушајем суицида и истраживаних и контролне групе не разликују се статистички према постојању суицидалне идеације. Обе групе (афективни и шизофрени поремећаји) имају суицидалну идеацију, али је интензитет суицидалне идеације израженији код афективних поремећаја.

- дужина болести, већи број хоспитализација смањују интензитет суицидалне идеације
- пацијенти са ранијим покушајима суицида имају виши интензитет суицидалне идеације.
- песимизам и импулсивно понашање корелирају са интензитетом суицидалне идеације и показују статистичку значајност разлика.

4. Виши ниво суицидалног понашања (суицидални покушај и интензитет суицидалне идеације) показују пацијенти са афективним поремећајима у односу на пацијенте са шизофреним поремећајима.

5. Лични социјални и фактори средине као тригери покушаја самоубиства су нешто присутнији код пацијената експерименталних група, али без



статистичке значајности разлике у односу на шизофрене (контролна група). Издвојено је десет индикатора суицидалног понашања: суицидална идеација, песимизам, импулсивно понашање, депресивне епизоде афективних поремећаја, ранији покушаји суицида, дужина болести, број хоспитализација, стручна спрема, хередитет за психијатријска обољења, млађа старосна доб.

6. Потврђена је позитивна корелација тежине клиничке слике и висине суицидалног ризика.

## **7. ПРЕДЛОГ МЕРА**

У односу на добијене резултате основни је циљ спречити пацијента у суицидалном покушају и смањити суицидални ризик – треба му прићи индивидуално и током хоспитализације утврдити који су елементи суицидалног ризика.

У овом истраживању користили смо Колимбијску скалу за процену озбиљности суицида - *C-SSRS* која је веома сензитивна јер укључује покушаје суицида и суицидалну идеацију те је препоручујемо да се у пракси користи код оних пацијената код којих у првом интервјуу уочимо ризико факторе.

Током третмана и дијагностике пацијената са тешким психијатријским обољењима потребно је детаљно испитати присуство суицидалних идеја. Постављена питања морају прво да буду уопштена да би се постепено дошло до директних питања везаних за суицидалне мисли, намере и осећања или покушај суицида. Питања треба да буду:

*“Да ли сте се икада осећали толико лоше да сте мислили да више нема смисла живети даље?”*

*“Да ли је ситуација толико црна да сте помишљали да динете руку на себе?”*

Свака претња самоубиством мора се схватити озбиљно, чак и када је према актуелној процени очигледно манипулативне природе. Озбиљан претећи знак је директна вербализација суицидалног плана, осећај да ће најближа породица лакше живети без њега. Процена фактора ризика је значајна смерница за детаљну процену шта болесник мисли и осећа.

Приступ пацијенту са суицидалним понашањем мора бити миран, без критика уз пуну емпатију према његовом проблему. Лекар не сме испољити бес, аверзију или кажњавајући приступ.

Учесници у третману и терапији ових болесника су терапеут, пацијент и чланови породице. У пракси се примењује терапијски уговор кога сачињавају лекар и пацијент који нема правни значај.

Опште терапијске мере су: задржавање пацијента у кући уз амбулантно праћење, примена парцијалне хоспитализације или реализовање добровољне или принудне хоспитализације на психијатријском одељењу, зависно од процене тежине клиничке слике.

Фармаколошке мере подразумевају лечење основног психијатријског поремећаја, треба прописивати мале количине лекова посебно ако имају ниске токсичне и леталне дозе. Прописивати рецимо антидепресиве друге генерације (нпр. SSRI) који имају мање нежељених ефеката и мању токсичност приликом предозирања, а у хоспиталним условима анксиолитике и антипсихотике.

Нефармаколошке мере подразумевају психотерапију и социотерапију.

Ургентна психијатријска интервенција подразумева да лекар мора да препозна ризико-факторе суицидалног понашања и протективне факторе које

пацијента спречавају да изврши самоубиство. Подршка, разумевање и уливање наде главни су терапијски приступ оваквим пацијентима. Хоспитализација је неретко неопходна у најбољем интересу болесника (178).

## **8. ОГРАНИЧЕЊА СТУДИЈЕ**

Ограничења овог истраживања се пре свега односе на узорак који јесте случајан и могао је бити већи али културолошки је специфичан јер покрива рурално подручје Србије са мањом гравитацијом становништва које је и нижег економског статуса и образовања.

Истовремено институција у којој је рађено истраживање припада секундарној здравственој заштити и спада у велике психијатријске болнице унутар Републике Србије, те је у узорку велики број пацијената – повратника, самим тим са већим бројем хоспитализација.

Овим желимо да укажемо да нисмо имали ексклузиван узорак. Изостала је такође и пратећа („follow up“) студија која би евентуално показала да ли су предузете мере спречиле суицидално понашање у будућности. У том смислу би требало у даљем истраживању укључити компаративну групу пацијената истих дијагностичких категорија код којих је обављена прва хоспитализација и прво дијагностиковање суицидалних покушаја.

Што се методологије тиче, иако је примењена савремена дијагностичка процедура, иста је могла бити побољшана коришћењем неких великих

дијагностичких инструмената, а који су углавном примењиви при коришћењу дијагностичких критеријума Америчког психијатријског удружења (АРА).

## **9. ЛИТЕРАТУРА**

1. Kaplan, H.I. Sadock, B.J.: Synopsis of Psychiatry, Wolters Kluwer, Health, New York, 2015.
2. Jašović-Gašić, M., Lečić-Toševski, D., (urednici): Psihijatrija, udžbenik za student medicine, Medicinski fakultet – Univerziteta u Beogradu, Beograd 2014.
3. Kecmanović, D.: Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb 1989.
4. Minois G. Istorija samoubistva: dobrovoljna smrt u zapadnom društvu. Mediterran publishing. Novi Sad, 2008.
5. Bryan Craig, Rudd David. Advances in the Assessment of Suicide Risk. Journal of Clinical Psychology, 2006.
6. Firestone RW. Suicide and the inner voice: risk assessment treatment and case management. Thousand Oaks –Sage Publications. London, 1997.
7. Kaličanin, P.: Psihijatrija, Beograd 1997.
8. Kapamadžija B, Šovljanski M, Biro M. Osnovi medicinske suicidologije. Beograd- Medicinska knjiga. Zagreb,1989.
9. Durkheim E, On suicide. Penguin Classics. London, 2006.

10. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J. Affect. Disord.* 2004;82:437–442.
11. Nenadović, M.M.: Propedeutika Psihijatrije, Psihijatrijske dijagnostike i terapije, Beograd 2004.
12. Morić-Petrović S. (urednik): Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1987.
13. Biro M. Samoubistvo – psihologija i psihopatologija. Nolit. Beograd, 1982.
14. Potter B. Elements of self-destruction. Carnac Books. London, 2013.
15. Pilić D. Samoubojstvo: oproštajna pisma. Marjan Express. Zagreb, 1998.
16. Ringel E. Refleksije o samoubojstvu. Alinea. Zagreb, 1983.
17. Jeon HJ. Unplanned versus planned suicide attempt, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. *Journal of Affective Disorders.* 2010;127:274-80
18. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord.* 2006; 8: 566–575.
19. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, et al. Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2012; 69:1113–1122.
20. Pješčić, K.D., Nenadović, M.M., Jašović-Gašić, M., Trajković, G., Kostić, M., Ristić-Dimitrijević, R.: Influence of psycho social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia, *Psychiatria Danubina* 2014 Sep., 26 (3) str. 226-230.
21. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrenon S, Akiskal HS. Risk factors associated with life time suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr. Psychiatry.* 2009; 50:115–120.
22. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry.* 2008;192, 98–105.
23. Chapman AL, Dixon-Gordon KL. Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life – threatening behaviour.* 2007; 37, 543-52.
24. WHO - World Health Organisation; The World Health Report 2003.

25. Angst J. Do many patients with depression suffer from bipolar disorder? *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 3–5.
26. Timotijević I, Jašović-Gašić M. Terapijske smernice za lečenje bipolarnog afektivnog poremećaja. Psihijatrijska sekcija Srpskog lekarskog društva. 2004.
27. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje depresije, Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova. Beograd, 2012.
28. Perris C. Bipolar-Unipolar distinction. *Handbook of affective disorders*. Guilford Press. New York, 1992.
29. WHO-World Health Organisation, Suicide rates per 100.000 by country, year and sex, 2001.
30. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med*. 2010; 40: 125–9.
31. Nesse RM. Evolution at 150: time for truly biological psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2009; 195: 471–72.
32. Henriksson S, Asplund R, Boethius G, Hällström T, Isacson G. Infrequent use of antidepressants in depressed individuals (an interview and prescription database study in a defined Swedish population 2001–2002). *Eur Psychiatry*. 2006; 21: 355–60.
33. Lisulov R, Nedić A. Problemi dijagnostike i lečenja depresivnih poremećaja u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u AP Vojvodini. Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet. Novi Sad, 2006.
34. Institut za javno zdravlje Srbije. Baza podataka iz Izveštaja o hospitalizaciji stacionarnih zdravstvenih ustanova u Srbiji 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.
35. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004; 49: 124–38.
36. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. The Stationery Office. London, 2001.
37. Ramchandani PI, Stein A. The impact of parental psychiatric disorder on children. *BMJ*. 2003; 327: 242–43.

38. Lee AS, Murray RM. The long-term outcome of Maudsley depressives. *Br J Psychiatry*. 1988; 153: 741–51.
39. Andreasen NC, Black DW. *Introductory textbook of psychiatry*, 3rd edition. American Psychiatric Publishing, Inc, 2001.
40. NHS Quality Improvement Scotland. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 82 Bipolar affective disorder. A national clinical guideline, 2005.
41. Parikh VS, Goldstein B. CANMAT 2013 Update of Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder. *Mood and Anxiety Disorders Rounds*. 2013; 2:1.
42. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for Biological Treatment of Bipolar Disorders, Part I: Treatment of Bipolar Depression *World J Biol. Psychiatry*. 2002; 3:115–124.
43. Lopez DL, Brezo J, Rouleau G, et al. Effect of tryptophan hydroxylase-2 gene variants on suicide risk in major depression. *Biol. Psychiatry*. 2007; 62:72–80.
44. Maletic V, Raison C. Integrated neurobiology of bipolar disorder. *Front Psychiatry*. 2014; 5:98.
45. Raust A, Slama F, Mathieu F et al. Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychol Med*. 2007; 37: 411–419.
46. Atanasković-Marković Z, Bjegović V, Janković S, i sar. Opterećenje bolestima i povredama u Srbiji. *Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd*. 2003:109-113.
47. Vulić Prtorić A. *Depresivnost u djece i adolescenata*. Naklada Slap. Jastrebarsko, 2007.
48. Horwath E, Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M (eds). *Textbook in psychiatric epidemiology*. 2nd edition. Wiley-Liss, New York, 2002. p. 389-426.
49. Janković S. Učestalost i rasprostranjenost depresije u svetu i Srbiji. *Acta Clinica* 2005; 5:34-41.
50. Miranda J, Person JB. Dysfunctional attitudes are mood state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*. 1988; 97: 76 – 79.
51. Ayuso-Mateos JL and Vázquez-Barquero JL. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001; 179:308-316

52. Lépine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *Clin Psychiatry*. 2002;14:4-8.
53. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition. VA: American Psychiatric Publishing. Arlington, 2013.
54. Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, Deseta revizija, Knjiga 1, Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". Beograd, 2010.
55. Pollak, J and Miller, J: "The Diagnosis of Bipolar Disorder: A Review and Clinical Guide for Psychologists and Other Mental Health Clinicians"; *The Clinical Practitioner*; Vol. 8; No. 2; pages 13-41; March 2013.
56. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60: 57–62.
57. Thorpe L, Whitney DK, Kutcher SP, Kennedy SH. CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VI. Special populations. *Can J Psychiatry*. 2001; 46: 63–76.
58. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F , Campi S, Dome P, Duleba T, Girardi P, Rihmer Z Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *Affect.Disord*. 2012.
59. Scourfield J, Fincham B, Langer S, Shiner M. Understanding suicide: A sociological autopsy. Palgrave MacMillian. New York, 2011.
60. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray C. Global Burden of Disease and Risk Factors - Disease Control Priorities Project. World Bank, Washington (DC),2006.
61. Häfner H, an der Heiden W. Epidemiology of Schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997; 42:139-51.
62. Jašović-Gašić M, Paunović VR. Terapijske smernice za lečenje shizofrenije. Srpsko lekarsko društvo. Beograd, 2003.
63. Hafner H, an der Heiden W. Course and outcome of schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR, editors. *Schizophrenia*. Massachusetts, Oxford, Victoria, Blackwell, Science, Berlin. 2003;101-41.
64. Beiser M, Erickson D, Fleming JA, Iacono WG. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:1349-54.



65. Birchwood M, Smith J, McMillan JF. Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med.* 1989;19:649-56.
66. McGlashan TH, Fenton WS. Subtype progression and pathophysiologic deterioration in early schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1993;19:71-84.
67. Bottlender R, Sato T, Jager M, et al. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003; 62:37-44.
68. Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25:173-82.
69. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48:239-46.
70. Nikolić S. Psihijatrija dečije i adolescentne dobi – propedeutika. Školska knjiga. Zagreb, 1991.
71. Jakovljević M. Shizofrenija. Medicinska naklada i Promente. Zagreb, 2003.
72. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A re-examination. *Archives of General psychiatry.* 2005;62,247-53.
73. Hawton K, Suttion L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Shizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British journal of psychiatry.* 2005;187,9-20.
74. Marčinko D. Klinički i biologijski pokazatelji suicidalnosti u shizofreniji. Disertacija. Medicinski fakultet. Zagreb, 2007.
75. Nenadović, M.M.: Medicinska etika drugo prošireno i dopunjeno izdanje, udžbenik izdao Univerzitet u Prištini – Medicinski fakultet, Beograd 2007.
76. Gibbs JP, Martin WT. A problem in testing the theory of status integration. *Social Forces.* 1970; 53 (2):332-9.
77. Rinčić I, Muzur A. Suicid i tranzicijsko društvo. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Rijeka, 2010.
78. Samoubistvo Greh bez oprostaja Svetigora. Cetinje, 2001.
79. Hark H. Leksikon osnovnih Jungovskih pojmova. Dereta – Biblioteka Savremena psihologija. Beograd, 1998.

80. Davison GS, Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Naklada slap. Jastrebarsko,1999.
81. Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonquist JK. Social factors in suicide. British journal of psychiatry. 1995.
82. Giddens A. Sociologija. Nakladni zavod Globus. Zagreb,2007.
83. Kapur N, Appleby L. Suicide and self-harm. Cambridge University Press. Cambridge, 2008.
84. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Orden KV, Witte T. Warning signs for suicide: Theory research and clinical applications. Suicide and Life Threatening Behaviour. 2006;36 : 255-262.
85. Crim K, Bullard RA, Shinn LD. Enciklopedija živih religija. Nolit. Beograd,1981.
86. Azorin JM, Kaladijan A, Fakra E, et al. Religious involvement in major depression: protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. J. Affect Disord. 2013;150:753–759.
87. Svešteni Kanoni Crkve Episkopa Atanasija umirovljenog Hercegovačkog. Beograd, 2005.
88. Sisask M. et al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross cultural case-control study. Arch. Suicide Res. 2010;14:44–55.
89. Roudinesco E, Plon M. Rečnik psihoanalize. Sremski karlovci –Izdavačka knjižarnica. Novi Sad, 1997.
90. Bodell LP, Joiner TE, Kell PK. Comorbidity – independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. Journal of psychiatric research. 2013;47,5:617-21.
91. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatrelli R. Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. International journal of Eating Disorder. 2004; 36:99-103.
92. Rihmer Z. Depression and suicidal behaviour. Wiley-Blackwell publishing. Chichester, 2011.
93. Nenadović, M.M., Milošević, N., Milosavljević, I., Krivokapić, M., Kragović, J., Radomirović, M., Marjanović, J.: Suicidal ideation and suicidal tendencies in patients with depression and mixed anxiety and depressive disorder. Maked. Med. Pregl., 2013, 83, str 28.

94. Silverman MM. Challenges to classifying suicidal ideations, communications and behaviours. Wiley-Blackwell publishing. Chichester, 2011.
95. WHO-World Health Organisation, Suicide rates per 100.000 by country, year and sex .2011.
96. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Zdravstveno statistički godišnjak. 2011.
97. Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psihijatrija, dijagnoza i terapija – Langeov klinički priručnik. Savremena administracija. Beograd,1992.
98. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. J Clin Psychiatry. 2005;66:339-345.
99. Hjemeland H, Loa Knizek B. What kind of researsch do we need in suicidology today?. Wiley-Blackwell publishing. Chichester, 2011.
100. Nenadović, M.M.: Psihologija razvojnog doba i starenja , Univerzitet u Prištini – medicinski Fakultet, Beograd 2010.
101. Hadlaczky G, Wasserman D, Hoven CW, Mandell DJ, Wasserman C. Suicide prevention strategies. Wiley-Blackwell publishing. Chichester, 2011.
102. Huber RS, Coon H, Kim N, et al. Altitude is a risk factor for completed suicide in bipolar disorder. Med.Hypotheses. 2014;82:377–381.
103. Trouvin JH, Prioux-Guyonneau M, Cohen Y, et al. Rat brain monoamine metabolism and hypobaric hypoxia: a new approach. Gen. Pharmacol. 1986;17: 69–73.
104. Magno LAV, Santana CVN, Rezende VB, et al. Genetic variations in FOXO3A are associated with Bipolar Disorder without conferring vulnerability for suicidal behavior. J.Affect.Disord. 2011;133:633–637.
105. Neves FS, et al. Association between AKT1 but not AKTIP genetic variants and increased risk for suicidal behavior in bipolar patients. Genes Brain Behav. 2010; 9:411–418.
106. Paris J. Personality disorders and suicidal behavior. Wiley-Blackwell publishing. Chichester, 2011.

107. Choi KH, Wang SM, Yeon B, Suh SY, Oh Y, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, Lee KU. Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2013;210,957–961.
108. Gould MS, Fisher P, Parides M, et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1996;53:1155–1162.
109. Timotijević J, Paunović R. Instrumenti kliničke procene u psihijartiji, str. 70, 71 Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS). Beograd, 2003.
110. Hawton K, Comabella CC, Haw C, Saunders K. *Journal of affective Disorders.* 2013; 147:17-28.
111. Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS) Version 1/14/09 Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, Fisher P, Zelazny J, Burke A, Oquendo M, Mann J. *Standardized Evaluation in Clinical Practice*, pp. 103 -130, 2003.
112. Hawton K, Casanas ICC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147: 17–28.
113. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 1058–1064.
114. Tondo L. Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS Spectr.* 2006;465–471.
115. Parmentier C, Etain B, Yon L, et al. Clinical and dimensional characteristics of euthymic bipolar patients with or without suicidal behavior. *Eur. Psychiatry.* 2012;27:570–576.
116. De Abreu LN, Nery FG, Harkavy-Friedman JM, et al. Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Compr. Psychiatry.* 2012;53:125–129.
117. Cassidy F. Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. *Suicide life Threat. Behavior* 2011;41:6–11.
118. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr. Psychiatry.* 2009;50:115–120.

119. Bellivier F, Yon L, Luquiens A, et al. Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord.* 2011;13:377–386.
120. Dutta R, Boydell J, Kennedy N et al. Suicide and other causes of mortality in bipolar disorder: a longitudinal study. *Psychol Med.* 2007;37: 839–847.
121. Tohen M, Greenfield SF, Weiss RD, et al. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 1998; 6:133-141.
122. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL, et al. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2003;160:883-889.
123. Pompili M, Tondo L, Grispini A, De Pisa E, Lester D, Angelitty G, Buonocore L, Girardi P, Tatarelli R. Suicide attempts in bipolar disorder patients. *Clinical Neuropsychiatry.* 2006;3,5: 327-331.
124. Goldberg JF. Bipolar disorder with comorbid substance abuse: diagnosis, prognosis, and treatment. *J Psychiatr Pract.* 2001;7:109-122.
125. Goldberg JF, Garno JL, Leon AC, et al. A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999;60: 733-740.
126. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, et al. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord.* 2003;5:115-122.
127. Timotijević J, Paunović R. Instrumenti kliničke procene u psihijartiji, str. 110, 111. Hamiltonova skala za depresiju -Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD). Beograd, 2003.
128. Stormberg D, Ronningstam E, Gunderson J, Tohen M. Brief communication: pathological narcissism in bipolar disorder patients. *J Personal Disord.* 1998;12: 179-185.
129. Manchia M, Hajek T, O'Donovan C, Deiana V, Chillotti C, Ruzickova M, Del ZM & Alda M: Genetic risk of suicidal behavior in bipolar spectrum disorder: analysis of 737 pedigrees. *Bipolar Disord.* 2013;15: 496-506.

130. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ et al. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord.* 2006; 8: 586–595.
131. Carpiello B, Lai L, Pirarba S, Sardu C, Pinna F. Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder. *Psychiatry Research.* 2011;188:40–44.
132. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry.* 2000;157:601–608.
133. Clements C, Morriss R, Jones S, Peters S, Roberts C, Kapur N. Suicide in bipolar disorder in a national English sample, 1996-2009: frequency, trends and characteristics. *Psychol Med.* 2013;43: 2593–2602.
134. Kelleher I, Devlin N, Wigman JT, Kehoe A, Murtagh A, Fitzpatrick C, et al. Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *Psychol. Med.* 2014;44:1615–1624.
135. Baldessarini RJ, Undurraga J, Vazquez GH et al. Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125: 293–302.
136. Stringer B, Van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CM, Kerkhof AJ, et al. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *J. Affect. Disord.* 2013;151:23–30.
137. Ryu V, Jon DI, Cho HS, et al., Initial depressive episodes affect the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorder. *Yonsei.Med.J.* 2010;51:641–647.
138. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, et al. Arisk-scoring scheme for suicide attempt among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. *Psychol. Res. Behav. Manage.* 2012;5:37–45.
139. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2006;8:576–585.
140. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown, GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am. J. Psychiatry.* 2004;161:437–443.

141. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, et al. Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *ComprPsychiatry*. 2000;41,13–18.
142. Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. (2006) The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord*; 91: 133–138.
143. Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116: 419–428.
144. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, et al. Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy. *J. Affect. Disord*. 2005;85:245–258.
145. McIntyre RS, Soczynska JK, Mancini D, et al. The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder. *Violence Vict*. 2008;23:361–372.
146. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol. Psychiatry*. 2010;15:868–876.
147. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. Jan. 2007; 20:17-22.
148. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, et al. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2003;73:105-111.
149. Song JY, Hy YU, Kim SH, et al. Assessment of risk factors related to suicide attempt in patients with bipolar disorder. *J.Nerv.Ment.Dis*. 2012;200:978–984.
150. MacKinnon DF, Zandi PP, Gershon E, et al. Rapid switching of mood in families with multiple cases of bipolar disorder. *Arch.Gen.Psychiatry* 60. 2003;921–928.
151. Clements C, Morriss R, Jones S, et al. Suicide in bipolar disorder in a national English sample, 1996–2009: frequency, trends and characteristics. *Psychol. Med*. 2013;43.2593–2602.
152. MacKinnon DF, Zandi PP, Gershon E, et al. Rapid switching of mood in families with multiple cases of bipolar disorder. *Arch.Gen.Psychiatry* 60. 2003;921–928.

153. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal H et al. Temperaments mediate suicide risk and psychopathology among patients with bipolar disorders. *Compr Psychiatry*. 2012;53: 280–285.
154. Acosta FJ, Vega D, Navarro S, et al. Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically non syndromal patients. *Compr. Psychiatry*. 2012;53:1103–1109.
155. Algorta GP, Youngstrom EA, Frazier TW, et al. Suicidality in pediatric bipolar disorder: predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disord*. 2011;13:76–86.
156. Perroud N, Baud P, Mouthon D, Courtet P, Malafosse A. Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2011;134:112–118.
157. Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, et al. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2007;9:526–530.
158. Pompili M, Rihmer Z, Innamorati M, et al. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert Rev. Neurother*. 2009;9:109–136.
159. Windfuhr K, Kapur N. International perspectives on the epidemiology and aetiology of suicide and self-harm. Wiley-Blackwell publishing. Chichester, 2011.
160. Rihmer Z, Gonda X, Torzsa P, et al. Affective temperament, history of suicide attempt and family history of suicide in general practice patients. *J. Affect. Disord*. 2013;149 :350–354.
161. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, et al. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147,190–195.
162. Akiskal H. Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked? *Acta Psychiatr. Scand*. 2007;116:395–402.
163. Palmier-Claus JE, Taylor PJ, Varese F, Pratt D. Does unstable mood increase risk of suicide? Theory, research and practice. *J. Affect. Disord*. 2012;143:5–15.
164. Stringer B, VanMeijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CM, Kerkhof AJ, Penninx BW, Beekman AT. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *Journal of Affective Disorders*. 2013;151: 23–30.



165. Pawlak J, Dmitrzak-Weglarz M, Skibińska M, et al. Suicide attempts and psychological risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorder. *Gen.Hosp.Psychiatry*. 2013;35:309–432.
166. Leverich GS, et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J.Clin. Psychiatry*. 2003;64:506–515.
167. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168:1266–1277.
168. Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J, Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14:79–85.
169. Zeng R, Cohen L, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yassen Z, Galinger I. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric in patients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*. 2015; 226: 361–367.
170. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiol. Rev.* 2008;30:133–154.
171. Kari Aaltonen K, Näätänen P, Heikkinen M, Koivisto M, Baryshnikov I, Karpov B, et al. Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or ipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2015;193:318–330.
172. Shahar G, Bareket L, Rudd MD, Joiner Jr, TE. In severely suicidal young adults, hopelessness, depressive symptoms, and suicidal ideation constitute a single syndrome. *Psychol. Med.* 2006;36:913–922.
173. Sokero TP, Melartin TK, Rytala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2003;64:1094–1100.
174. Pallaskorpi S, Suominen K, Ketokivi M, Mantere O, Arvilommi P, Valtonen H, et al Five-year outcome of bipolar I and II disorders: findings of the Jorvi Bipolar Study. *Bipolar Disord.* 2015;17:363-374.
175. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003;6:127-13.

176. Schaffer A, Isomets ET, Tondo L et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disorder* in press. 2014.
177. Holma KM, Haukka J, Suominen K et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord.* 2014;16: 652–661.
178. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol.* 2001;15:127–35.
179. Mamo DC. Managing suicidality in schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2007; 52:59–70.
180. Grunebaum MF, Oquendo MA, Harkavy-Friedman JM, Ellis SP, Li S, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. Delusions and suicidality. *Am. J. Psychiatry.* 2001;158:742–747.
181. DeVlyder JE, Lukens EP, Link BG, Lieberman JA. Suicidal ideation and suicide attempts among adults with psychotic experiences: data from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *JAMA Psychiatry.* 2015;72:219–225.

## 10. ПРИЛОЗИ

### Skale za procenu shizofrenije

#### SKALA ZA PROCENU POZITIVNOG I NEGATIVNOG SINDROMA SHIZOFRENIJE (PANSS)

**Uputstvo:** Zaokružiti odgovarajući stepen posle usmerenog kliničkog intervjua. Za bližu definiciju ajtema, određivanje intenziteta i način numeričke obrade, konsultovati priručnik.

<b>Pozitivna skala</b>								
P1	Sumanutosti	1	2	3	4	5	6	7
P2	Pojmovna dezorganizacija	1	2	3	4	5	6	7
P3	Halucinatorno ponašanje	1	2	3	4	5	6	7
P4	Uznemirenost	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandioznost	1	2	3	4	5	6	7
P6	Sumnjičavost	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilnost	1	2	3	4	5	6	7

<b>Negativna skala</b>								
N1	Zaravnjen afekat	1	2	3	4	5	6	7
N2	Emocionalno povlačenje	1	2	3	4	5	6	7
N3	Defekt emocionalne rezonance	1	2	3	4	5	6	7
N4	Pasivno/apatično socijalno povlačenje	1	2	3	4	5	6	7
N5	Teškoće u apstraktnom mišljenju	1	2	3	4	5	6	7
N6	Nedostatak spontanosti i fluentnosti konverzacije	1	2	3	4	5	6	7
N7	Stereotipno mišljenje	1	2	3	4	5	6	7

<b>Skala opšte psihopatologije</b>								
G1	Briga za telesno zdravlje	1	2	3	4	5	6	7
G2	Anksioznost	1	2	3	4	5	6	7
G3	Osećanje krivice	1	2	3	4	5	6	7
G4	Napetost	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manirizmi i držanje	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresija	1	2	3	4	5	6	7

Instrumenti kliničke procene u psihijatriji

G7	Motorna usporenost	1	2	3	4	5	6	7
G8	Nekooperativnost	1	2	3	4	5	6	7
G9	Neobičan misaoni sadržaj	1	2	3	4	5	6	7
G10	Dezorijentacija	1	2	3	4	5	6	7
G11	Slabost pažnje	1	2	3	4	5	6	7
G12	Nedostatak rasuđivanja i uvida	1	2	3	4	5	6	7
G13	Poremećaj volje	1	2	3	4	5	6	7
G14	Slabost kontrole impulsa	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preokupacija (autizam, opsednutost sobom)	1	2	3	4	5	6	7
G16	Aktivno izbegavanje socijalnih kontakata	1	2	3	4	5	6	7

SKALA	UKUPNO	PERCENTIL	OPSEG
Pozitivna	_____	_____	_____
Negativna	_____	_____	_____
Skupna (P-N)	_____	_____	_____
Opšta psihopatologija	_____	_____	_____
Broj simptoma ocenjenih sa 3	Pozitivna skala _____ Negativna _____		_____
Tipološka klasifikacija (dijagnoza)			

Skale za procenu depresivnosti

**HAMILTONOVA SKALA ZA PROCENU DEPRESIVNOSTI (HAMD)**

1. DEPRESIVNO RASPOLOŽENJE – tuga, beznade, беспомоћност, безвредност	0	1	2	3	4
2. OSEĆANJE KRIVICE – самоoptuživanje, идеје кривце и/или казне, суманутости кривце, optužujući i potkazujući glasovi (halucinacije)	0	1	2	3	4
3. SUICID – доživljaj безвредности живота, suicidalne идеје или покушaji	0	1	2	3	4
4. RANA INSOMNIJA – teškoće usnivanja	0	1	2		
5. TEŠKOĆE PROSNIVANJA – iscrpljujuće spavanje, poremećen san, buđenje tokom ноћи	0	1	2		
6. KASNA INSOMNIJA – рано буђење	0	1	2		
7. RAD I AKTIVNOST – osećanje неспособности, замора или слабости. Gubitak interesovanja, redukcija активности	0	1	2	3	4
8. RETARDACIJA – usporenost mišljenja i govora, poremećaj koncentracije, snižena motorna активност	0	1	2	3	4
9. AGITACIJA – "zanima" se rukama, krši ruke, lomi nokte.	0	1	2	3	4
10. ANKSIOZNOST – napetost, iritabilnost, zabrinutost. Uplašeno iščekivanje i strahovi.	0	1	2	3	4
11. TELESNA ANKSIOZNOST – fiziološki korelati kao: gastro-intestinalni, kardio-vaskularni, respiratorni, urinarni, znojenje	0	1	2	3	4
12. TELESNI GASTROINTESTINALNI SIMPTOMI – gubitak apetita.	0	1	2		
13. OPŠTI TELESNI SIMPTOMI – osećaj težine, bolovi, gubitak energije, laka zamorljivost.	0	1	2		
14. GENITALNI SIMPTOMI – gubitak libida, poremećaji menstrualnog ciklusa.	0	1	2		
15. HIPOHONDRIJAZA – preokupacija zdravljem, zahtevi za pomoć, hipohondrične суманутости	0	1	2	3	4
16. GUBITAK TELESNE TEŽINE – <i>per anamnesis</i> , или merenjem	0	1	2		
17. UVID U BOLEST – prihvata da je depresivan i bolestan, poriče da je depresivan	0	1	2		
18. DNEVNA VARIJACIJA RASPOLOŽENJA – simptomi najizraženiji ujutru или uveče	0	1	2		
19. DEPERSONALIZACIJA I DEREALIZACIJA – osećanje nestvarnosti, nihilističke идеје, itd.	0	1	2	3	4
20. PARANOIDNOST – sumnjičavost, идеје односа, суманутости proganjanja.	0	1	2	3	4
21. OPSESIVNO-KOMPULSIVNA SIMPTOMATOLOGIJA	0	1	2		
UKUPNI ZBIR:					

REDNI BR. \_\_\_\_\_

MB ISTORIJE BOLESTI \_\_\_\_\_

IME I PREZIME \_\_\_\_\_ GOD. \_\_\_\_\_

POL M Ž

ZANIMANJE \_\_\_\_\_ BRAČNI STATUS \_\_\_\_\_

DG. ICD 10: \_\_\_\_\_

DUŽINA BOLESTI (u god.) \_\_\_\_\_

AKTUELNA HOSPITALIZACIJA od \_\_\_\_\_

UKUPNI BROJ HOSPITALIZACIJA \_\_\_\_\_

DRUGE BOLESTI (komorbiditet) \_\_\_\_\_

ZLOUPOTREBA PAS, ALKOHOLA DA NE \_\_\_\_\_

HEREDITET (suicidalnost, psihijatrijsko oboljenje) DA NE ako da, opisati  
\_\_\_\_\_

LEČNI FAKTORI (nepovoljni, kao trigger) DA NE \_\_\_\_\_

SOC.FAKTORI (kao trigger) DA NE ako da, opisati  
\_\_\_\_\_

RANIJI POKUŠAJI SUICIDA DA NE \_\_\_\_\_

AKTUELNO STANJE PESIMIZMA DA NE \_\_\_\_\_

SKLONOST KA AGRESIVNOM-IMPULSIVNOM PONAŠANJU DA NE \_\_\_\_\_

SKALE PROCENE:

C-SSRS: \_\_\_\_\_

PANSS: poz \_\_\_\_\_ neg \_\_\_\_\_ opšta \_\_\_\_\_ TOTAL  
\_\_\_\_\_

HAMD \_\_\_\_\_

**C- SSRS (COLUMBIA – SUICIDE SEVERITY RATING SCALE)**

verzija 14.01.2009.

**I SUICIDALNA IDEACIJA**

Pitati pitanja 1 i 2, ako su oba negativna, preći na poglavlje SUICIDALNO PONAŠANJE. Ako je odgovor na pitanje 2 „da“, postaviti pitanja 2,3,4 i 5. Ako je odgovor na pitanje 1 i /ili 2 „da“, završiti poglavlje INTENZITET IDEACIJE.

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>1. Želja za smrću</b>  | <b>DA</b> | <b>NE</b> |
| Subjekt ima suicidalne misli kao želje za smrću ili da ne bude živ, ili da zaspri da se više ne probudi   |           |           |
| <b>2. Nespecifične aktivne suicidalne misli</b>   | <b>DA</b> | <b>NE</b> |
| generalno, nespecifične aktivne suicidalne misli u smislu da okonča život, npr. "razmišljao sam da se ubijem", bez jasnih misli o načinu izvođenja i bez plana  |           |           |
| <b>3. Aktivna suicidalna ideacija sa postojećim metodom, ne i planom i bez namere da deluje u tom smislu</b>  | <b>DA</b> | <b>NE</b> |
| Subjekt ima suicidalne misli i misli o bar jednom metodu izvođenja u datom periodu. Ovo je različito od specifičnog plana, sa vremenom, mestom i metodom. Postaviti pitanje npr „da li ste razmišljali o tome kako bi ste to izveli?“ |           |           |
| <b>4. Aktivna suicidalna ideacija sa intencijom delanja, bez specifičnog plana</b>  | <b>DA</b> | <b>NE</b> |
| aktivne suicidalne misli sa namerom prelaska u akciju, postaviti pitanje npr. „da li ste imali nameru da delujete u smeru misli koje imate?“  |           |           |
| <b>5. Aktivna suicidalna ideacija sa specifičnim planom i namerom</b>   | <b>DA</b> | <b>NE</b> |
| misli o samoubistvu sa parcijalnim ili punim detaljima planiranja i postojanje jasne namere da to sprovede. Npr. "da li ste razmišljali kako bi ste izvršili samoubistvo? Da li nemaravate da sprovedete taj plan?"                   |           |           |

## II INTENZITET IDEACIJE

Predstojeća pitanja treba rejirati sa poštovanjem stepena težine suicidalne ideacije, od 1 do 5, gde je 1 najblaži stepen a 5 najteži. Proceniti subjekta u vreme kada su ove misli bile najizraženije

Najteži stepen suicidalne ideacije (1-5) \_\_\_\_\_

Opis ideacije \_\_\_\_\_

težina ideacije

UČESTALOST: Koliko ste puta imali suicidalne misli? \_\_\_\_\_

(1)manje od jednom nedeljno (2)jednom nedeljno (3)2-5 puta nedeljno (4)dnevno (5)više puta dnevno

TRAJANJE: Koliko dugo su trajale suicidalne misli? \_\_\_\_\_

(1)trenutno-par sekundi ili minuta (2)ponekad, manje od 1h (3) 1-4h, mnogo vremena

(4) 4-8h, većinu dana (5)više od 8h, kontinuirano tokom dana

MOGUĆNOST KONTROLE \_\_\_\_\_

Da li možete da ne mislite o izvršenju suicida ili želju za smrću?

- (1) lako kontroliše suicidalne misli (2) kontroliše s.misli uz male teškoće  
(3) kontroliše s.misli uz teškoće (4) kontroliše s.misli uz značajne teškoće  
(5) ne može da kontroliše s.misli (0) ne pokušava da kontroliše suicid.misli

ODVRAĆAJUĆI FAKTORI \_\_\_\_\_

Da li postoje bilo kakve činjenice-faktori (npr.religijske, porodične, bol i strah od smrti) koje vas odvrćaju od želje želje za smrću ili izvršenja samoubistva?

- (1) odvrćajući faktori definitivno stopiraju pok.suicida (2) odvrćajući faktori možda mogu da stopiraju ispitanika (3) odvrćajući faktori nije sigurno da mogu stopirati ispitanika (4) odvrćajući faktori najverovatnije ne stopiraju (5)odvrćajući faktori definitivno ne stopiraju (0) neprimenjivo

RAZLOZI ZA SUICIDALNU IDEACIJU \_\_\_\_\_

Koji razlozi su vas naveli na misli o samoubistvu? Da li je to da biste okončali bol ili stopirali postojeća osećanja, ili je razlog da dobijete pažnju, reakciju ili osvetu drugima?

- (1)samo da bi dobio pažnju, reakciju ili se osvetio drugima (2) uglavnom da bi dobio pažnju, reagovanje ili se osvetio drugima (3)jednako: da bi dobio pažnju reagovanje, ili osvetio se , i da zaustavi bol (4)uglavnom da zaustavi bol ili osećanja (5) samo da zaustavi bol ili osećanja (0) neprimenjivo



### III SUICIDALNO PONAŠANJE

DA NE

1. **Aktuelni pokušaj:** potencijalno autoagresivni čin sa željom da umre kao rezultatom te akcije. Ponašanje delimično rezultat misli o metodama izvršenja suicida. namera ne mora biti 100%. ako postoji bilo kakva želja/namera udružena sa delanjem , onda se može razmatrati kao pokušaj suicida. **Ne mora biti prisutna povreda/oštećenje** , već samo potencijalna povreda/oštećenje. (npr. pištolj u ustima nije opalio, jasan je pok. suicida)

**zaključak o nameri:** iako osoba negira nameru ili pokušaj suicida , to se na osnovu ponašanja može klinički zaključiti (npr. skok sa prozora)

da li ste učinili pokušaj suicida ? \_\_\_\_\_ (br. pokušaja)

da li ste učinili nešto da se povredite? \_\_\_\_\_

da li ste učinili nešto opasno zbog čega ste mogli umreti? \_\_\_\_\_

šta ste učinili?

da li ste \_\_\_\_\_ kao način da okončate život?

da li ste imali želju da umrete (bar malo) dok ste \_\_\_\_\_ ?

da li ste pokušavali da sebi oknčate život dok ste \_\_\_\_\_ ?

da li ste pomislili da bi ste mogli umreti od \_\_\_\_\_ ?

da li ste nešto učinili sebi iz sasvim drugih razloga, bez ikakve namere da sebi naudite, npr. da se oslobodite stresa, da se osećate bolje, da pridobijete pažnju... Ako DA, opisati \_\_\_\_\_ (Ovo je samopovređivanje bez suicidalne namere)

Da li se za ispitanika može reći da je preduzeo nesuicidalno samopovređujuće ponašanje?

DA NE

2. **Sprečen pokušaj:**

DA NE ako da,  
navesti i broj sprečenih pokušaja \_\_\_\_

kada je osoba sprečena u pokušaju da preduzme potencijalno autoagresivni čin. pod različitim okolnostima- npr. overdoza, osoba zatečena sa pilulama u rukama, to je sprečen pokušaj, ako je popila pilule a zatečena, to je pokušaj suicida. Slično i kod pok. suicida pištoljem, ako je pištolj oduzet na neki način to je sprečen pokušaj, a ako pištolj npr, nije

опалио, то је покушај. Скок са висине, ако је у положају да скочи, а спречен у томе. Вешање- ако је ставио омеу а спречен у вешању, то је спречен покушај.

Да ли је било ситуације да сте се припремали да извршите суицид и били спречени у томе?

ако да, описати \_\_\_\_\_

3. **NEUSPEO POKUŠAJ:** када особа učini акте у смислу суицида, али успе да их заустави. слично као по 2. али у овом случају индивидуа није спречена од стране других, него је сама себе спречила.

Да ли је било случаја да сте učinili нешто да себи окончате живот али сте се зауставили у томе пре него сте било шта učinili? **DA NE**

ако DA , описати \_\_\_\_\_

4. **PRIPREMNI AKTI ILI PONAŠANJE** **DA NE**

понашање у смислу предстојећег покушаја суицида, укључује вербализацију, мисли, куповање средстава у ту сврху, писање опроштајног писма

Да ли сте предузели било какве кораке у смислу покушаја самубиства? ако да, описати \_\_\_\_\_

5. **SUICIDALNO PONAŠANJE (ZAKLJUČAK)**

било је присутно у посматраном периоду **DA NE**

#### ODGOVORI SAMO ZA AKTUELNI POKUŠAJ

poslednji pok.	letalni ishod	prvi pok.
datum	datum	datum

##### A. Letalni ishod/ Medicinsko oštećenje

(0) без физичког оштећења, ев.огреботине

(1) минорно физичк оштећење (угануће, оpekotina Istepena)

- (2) умерено физ. оштећење, захтева мед. збињавање
- (3) умерено теške повредe, захтева хоспитализацију
- (4) теške повредe (кома, опекотине више од 20% тела), захтева интензивну негу
- (5) смртни исход

**B. Потенцијална смртност**, одговорити само ако је на претходном ајтему (А) одговор (0)

Изгледна леталност актуелног покушаја иако нема медицинског оштећења, нпр пиштољ у устима није опалио

	последњи пок.	летални исход	први пок.
	datum	datum	datum
(0) понашање није изгледно да ће довести до самопов.	_____	_____	_____
(1) понашање ће резултирати повредом али не смртном	_____	_____	_____
(2) понашање ће резултирати смрћу упркос мед. нези	_____	_____	_____

UKUPNO \_\_\_\_\_

Ispitivač \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Изјава о ауторству**

Потписани-а \_\_\_\_\_  
број индекса \_\_\_\_\_

**Изјављујем**

да је докторска дисертација под насловом

---

---

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

**Потпис докторанда**

---

У Косовској Митровици, \_\_\_\_\_

**Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада**

Име и презиме аутора \_\_\_\_\_

Број индекса \_\_\_\_\_

Студијски програм \_\_\_\_\_

Наслов рада \_\_\_\_\_

Ментор \_\_\_\_\_

Потписани/а \_\_\_\_\_

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици**. Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици.

**Потпис докторанда**

\_\_\_\_\_

У Косовској Митровици, \_\_\_\_\_

### **Изјава о коришћењу**

Овлашћујем Универзитетску библиотеку да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици унесе моју докторску дисертацију под насловом:

---

---

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

**Потпис докторанда**

---

У Косовској Митровици, \_\_\_\_\_

## **КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈА ИНФОРМАТИКА**

### **УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ**

<b>Тип документације-ТД:</b>	Монографска публикација
<b>Тип записа-ТЗ:</b>	Текстуални штампани материјал
<b>Врста рада-ВР:</b>	Докторска дисертација
<b>Аутор рада-АУ:</b> Станојевић	Прим. мр сц. мед. др Албина
<b>Ментор-МН:</b>	Проф. др Милутин Ненадовић
<b>Наслов рада-НР:</b>	Анализа фактора ризика за суицидално понашање код афективних и шизофрених поремећаја
<b>Језик публикације-ЈП:</b>	Српски (ћирилица)
<b>Језик извода-ЈИ:</b>	Српски/Енглески
<b>Земља публикавања-ЗП:</b>	Србија
<b>Уже географско подручје-УГП:</b>	Косово и Метохија/Србија
<b>Година-ГО:</b>	2016.
<b>Издавач-ИЗ:</b>	Ауторски репринт
<b>Место и адреса-МС</b>	38220 Косовска Митровица
<b>Физички опис рада-ФО:</b>	Дисертација садржи 111 страна,8 поглавља, 40 табела,30 графикона и 178 цитата
<b>Научна област-НО:</b>	Медицина
<b>Научна дисциплина-ДИ:</b>	Клиничка психијатрија
<b>Предметна одредница/кључне речи-ПО:</b>	Фактори ризика,суицидално понашање,шизофрени поремећај,афективни поремећај.
<b>УДК:</b>	
<b>Чува се у-ЧУ:</b>	У библиотеци Медицинског Факултета у Косовској Митровици

## **11. БИОГРАФИЈА**

Албина Станојевић, магистар, субспецијалиста и примаријус, рођена је у Пећи, 10. 11. 1962. године. Основну школу „Вожд Карађорђе“ и гимназију „Светозар Марковић“ завршила је у Нишу, као носилац Вукових диплома. Истовремено је похађала нижу и средњу музичку школу „Др Војислав Вучковић“ у Нишу, инструментални одсек, где је стекла звање наставника клавира и корепетитора.

Студије медицине на Медицинском факултету Универзитета у Нишу завршила је 1986. године. На истом факултету завршила је Специјализацију из неуропсихијатрије 1996. године, а 2007. године стекла је звање Магистра медицинских наука из области Лиазон психијатрије. 2014. године стекла је звање Субспецијалисте форензичке психијатрије на медицинском факултету Универзитета у Београду и звање Примаријуса. Аутор је и коаутор 3 научна рада објављена у целини у домаћим и интернационалним часописима. Учествовала је на бројним конгресима у земљи и иностранству из области психијатрије где је у виду оралних и постер презентација приказивала своје радове.

Запослена је у Специјалној болници за психијатријске болести „Горња Топоница“ од 1989. године. Након завршене специјализације радила као начелник Одељења за пријеме и ургентна стања све до 2001. године, када одлуком о преузимању прелази у „Завод за здравствену заштиту радника Ниш“.

Од 01.06.2009.год. ради као директор Специјане болнице за психијатријске болести „Г. Топоница“ у Нишу, по конкурсу, са мандатом у трајању од четири године.

Решењем Министра здравља РС, од 03.септембра 2010. године, Албина Станојевић је именована за члана Радне групе за Депресију која је за шест месеци израдила национални Водич добре клиничке праксе за депресију.

Од 2011. године на листи је сталних судских вештака из области неуропсихијатрије.

Решењима Министарства здравља РС, Албина Станојевић је у три наврата именована за члана Републичке стручне комисије за ментално здравље последњи пут децембра 2012. године.

Решењем Министарства здравља РС, од 26.02.2013. године др Албина Станојевић је именована за члана Републичке стручне Комисије за израду Водича добре клиничке праксе за шизофренију, а 2015. године за израду Водича за биполарни афективни поремећај.

Решењем Министарства здравља од 01.06.2013. године др Албина Станојевић је именована је по други пут за директора Специјане болнице за психијатријске болести „Г.Топоница“ у Нишу.

2014. године Решењем Министарства здравља именована је за члана радне групе за деинституционализацију.

Говори енглески и руски језик. Познаје рад на рачунару. Мајка је две ћерке.



## СПИСАК ОБЈАВЉЕНИХ РАДОВА

1. **Албина Станојевић**, Ирена Поповић, Милутин Ненадовић, Драган Раванић : METABOLIC SYNDROME AND C-REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER ON ANTIDEPRESSIVE MEDICATION Српски архив 2013; 141 (7-8):511-515 Београд.
2. Ирена Поповић, Драган Раванић, Слободан Јанковић, Драган Миловановић, Марко Фолић, **Албина Станојевић**, Милутин Ненадовић Милена Илић: LONG-TERM TREATMENT WITH OLANZAPINE IN HOSPITAL CONDITIONS: PREVALENCE AND PREDICTORS METABOLIC SYNDROME Српски архив 2015; 143 ( 11-12): 712-718 Београд.
3. Ирена Поповић, Драган Раванић, **Албина Станојевић** : FIRST GENERATION ANTIPSYCHOTICS SWITCH WITH RISPERIDONE IN THE TREATMENT CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS.Psychiatria Danubina,2011;Vol.23.No.4,pp 384-388 Med.naklada-Zagreb,Croatia.
4. **Албина Станојевић**, Милутин Ненадовић, Драган Милошевић, Ирена Поповић: RISK FACTORS THAT INFLUENCE SUICIDAL BEHAVIOR IN AFFECTIVE DISORDERS.Special Psychiatric Hospital "Gornja Toponica" in Gornja Toponica, Nis  
<sup>2</sup>University of Prishtina, Faculty of Medicine in Kosovska Mitrovica.

Прим. мр сци.мед. др Албина Станојевић  
специјалиста неуропсијијатрије  
субспец. судске психијатрије

## **12. СПИСАК КОРИШЋЕНИХ СКРАЋЕНИЦА**

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory

RFL – Reasons for Living scale

TQ – Time Questionnaire

SPS – Suicide Probability Scale

МКБ X – Међународна класификација болести 10. Ревизија

DSM V - Diagnostic and Statistical Manual 5.

БАП – Биполарни афективни поремећај

ГАБА – Гама аминок бутерна киселина

ECA – European Club of Association

СЗО – Светска здравствена организација

ICD 10 - International Classification of Diseases 10.

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale

HAMD – Hamilton Rating Scale for Depression

C-SSRS – Columbia Suicide Severity Rating Scale

## **ЗАХВАЛНИЦА**

*Раг на овој студији изискивао је аранжман и подршку мени драгих људи без чије помоћи сигурно ње не би ни било.*

*Неизмерну захвалност дугујем свом ментору проф. др Милушину Ненадовићу на стручној помоћи у концепцију и дизајну студије, савештама и подршци.*

*Искрена захвалност и члановима комисије проф. др Александру Јовановићу и доц. др Срђану Миловановићу на савештама и речима охрабрења.*

*Захваљујем се и свим пацијентима ове болнице који су добровољно учествовали у студији.*

*И на крају, неизмерно сам захвална својим ћеркама Сангри и Анђели на подршци и вечитој мотивацији и инспирацији.*

**Изјава о ауторству**

Потписана :Албина Станојевић \_\_\_\_\_

број индекса \_\_\_\_\_

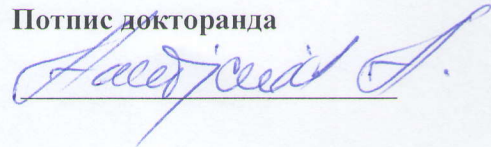
**Изјављујем**

да је докторска дисертација под насловом

АНАЛИЗА ФАКТОРА РИЗИКА ЗА СУИЦИДАЛНО ПОНАШАЊЕ КОД АФЕКТИВНИХ И  
СХИЗОФРЕНИХ ПОРЕМЕЋАЈА \_\_\_\_\_

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

**Потпис докторанда**



У Косовској Митровици, 22.06.2016. \_\_\_\_\_

**Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада**

Име и презиме аутора Албина Станојевић \_\_\_\_\_

Број индекса \_\_\_\_\_

Студијски програм \_\_\_\_\_

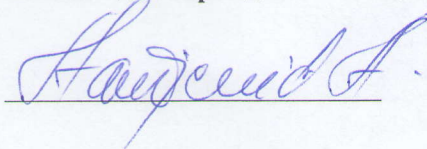
Наслов рада АНАЛИЗА ФАКТОРА РИЗИКА ЗА СУИЦИДАЛНО ПОНАШАЊЕ КОД  
АФЕКТИВНИХ И СХИЗОФРЕНИХ ПОРЕМЕЋАЈА \_\_\_\_\_

Ментор Проф.др Милутин Ненадовић \_\_\_\_\_

Потписани/а \_\_\_\_\_

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици.** Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада. Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици.

Потпис докторанда



У Косовској Митровици, 22.06.2016. \_\_\_\_\_

## Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини, са привременим седиштем у Косовској Митровици унесе моју докторску дисертацију под насловом:  
АНАЛИЗА ФАКТОРА РИЗИКА ЗА СУИЦИДАЛНО ПОНАШАЊЕ КОД АФЕКТИВНИХ И СХИЗОФРЕНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

---

---

која је моје ауторско дело.

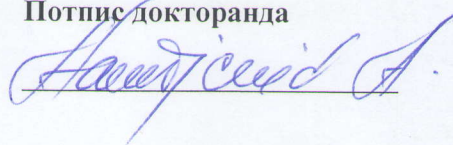
Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда



У Косовској Митровици, 22.06.2016. \_\_\_\_\_