

**УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ
СА ПРИВРЕМЕНИМ СЕДИШТЕМ
У КОСОВСКОЈ МИТРОВИЦИ**

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

Игор Б. Грбић

**НАЧИНИ ПОКУШАЈА СУИЦИДА
ХОСПИТАЛНО ЛЕЧЕНИХ
БОЛЕСНИКА СА СХИЗОФРЕНИМ И
АФЕКТИВНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА
ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА**

Косовска Митровица, 2017

**UNIVERSITY OF PRISTINA
TEMPORARY SETTLED IN
KOSOVSKA MITROVICA**

MEDICAL FACULTY

Igor B. Grbić

**METHODS OF SUICIDE ATTEMPTS IN
INPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA
AND AFFECTIVE DISORDERS**

DOCTORAL DISSERTATION

Kosovska Mitrovica, 2017

Ментор:

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

Чланови Комисије:

1. Доц. др Владимир Јањић, председник – Факултет медицинских наука
Универзитета у Крагујевцу,
2. Проф. др Сузана Матејић, члан – Медицински факултет Универзитета у
Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици,
3. Проф. др Милутин М. Ненадовић-Медицински факултет Универзитета у
Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици.

Датум одбране: 26.09.2017. године

НАЧИНИ ПОКУШАЈА СУИЦИДА ХОСПИТАЛНО ЛЕЧЕНИХ БОЛЕСНИКА СА СХИЗОФРЕНИМ И АФЕКТИВНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

САЖЕТАК

Увод: Начин покушаја суицида упућује на озбиљност предузетог чина и могућу суицидалну реализацију у будућности. Доступност и квалитет података о покушајима суицида су неопходни за успешну превенцију коначног суицида. Најчешћи ризик за суицид су душевне болести: схизофренија и афективни поремећаји. Одабрани начин покушаног суицида има предиктивни значај за психијатра као терапеута.

Циљ: Основни циљ овог истраживања су анализа начина покушаног суицида и компарација начина покушаног суицида између истраживаних група, схизофрених пацијената и пацијената са афективним поремећајима тј. са депресијом.

Метод: Истраживање је по свом дизајну ретроспективна, односно студија пресека. Скрининг пацијената укључених у ово истраживање обављен је увидом у медицинску документацију лечених у 5 и по годишњем временском периоду. Укупно је у истраживање укључено 400 пацијената, подељених у 2 експерименталне групе. Схизофрени пацијенти њих 200 чинили су једну експерименталну групу, а другу 200 пацијенти са афективним поремећајима. Инструменти коришћени у овом истраживању су структурисани психијатријски интервју и посебно конструисани упитник. Добијени подаци су обрађени стандардним статистичким методама, а коришћена је и мултифакторијална анализа.

Резултати: Начини покушаног суицида, укупно њих 10, су категоризовани у две групе и то као више леталан начин и мање леталан начин покушаја суицида. Више леталан начин покушаног суицида користило је укупно 75 испитаника или 18,75% њих из обе дијагностичке категорије укључене у истраживање. Више леталан начин покушаног суицида користио је значајно већи број мушкараца него жена, са статистички високом разликом уз $p=0.007$. Више леталан начин покушаја суицида

заступљенији је код испитаника са шизофренијом (20,5%), поређено са групом испитаника са депресијом (17%). Женски пол ($B=0,416$; $p=0,039$), акутни песимизам ($B=1,001$; $p<0,001$), хередитет ($B=0,826$; $p=0,002$), дуже трајање болести ($B=0,028$; $p=0,007$), већи број хоспитализација због психијатријског обољења ($B=0,187$; $p=0,023$) и радни статус (незапослени ($B=-0,765$; $p=0,008$)) су фактори ризика за поновљени суицидални покушај.

Залучак: Више леталан начин покушаног суицида заступљенији је у експерименталној групи шизофрених. Није потврђена статистички значајна разлика у одредењу испитаника експерименталних група у избору мање леталног начина покушаног суицида.

Кључне речи: начин покушаја суицида, покушај суицида код шизофрених, депресија и покушај суицида, више и мање леталан начин покушаја суицида.

Научна област: Медицинске науке

Ужа научна област: Психијатрија

METHODS OF SUICIDE ATTEMPTS IN INPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS

ABSTRACT

Suicide attempt method indicates the seriousness of the act undertaken which can be followed by completed suicide in the future. Availability and quality of data are required for effective prevention of completed suicide. The most common risk for suicide is mental disorders: schizophrenia and affective disorders. The method of suicide attempt has predictive significance for a psychiatrist as a therapist.

Objective: The main objective of this study is to analyze the method of suicide attempt and comparison analysis between the two observed groups of inpatients with schizophrenia and affective disorders, i.e., depressive patients.

Methods: The survey by its design is retrospective, cross-sectional study. Screening of patients enrolled in this study, who received medical treatment in the period of 5.5 years, was performed by examining their medical records. The total number of patients enrolled in the survey was 400, divided into 2 experimental groups. The patients with schizophrenia, 200 of them, composed one experimental group, while another 200 group of patients were with affective disorders. Instruments used in this study were structured psychiatric interview and for the purpose of this study designed questionnaire. Obtained data were analysed with the standard statistical methods, is used and is multifactorial statistical analysis.

Results: Ten methods of suicide used by the respondents, are divided in two groups, one of them being less lethal method of suicide attempt and the other more lethal one. More lethal method has been used by a total of 75 of the respondents or 18.75 from both diagnostic categories included in the survey. More lethal methods were predominantly applied by the mail patients, with statistical significance $p = 0.007$. More lethal attempt of suicide was more present in subjects with schizophrenia (20.5%), when compared to a group of subjects with depression (17%). The risk factors for repeated suicide attempts are acute pessimism ($B=1,001$; $p<0,001$), hereditary factors ($B=0,826$; $p=0,002$), duration

of illness ($B=0,028$; $p=0,007$), number of previous hospitalizations due to psychiatric disorders ($B=0,187$; $p=0,023$), unemployment ($B=-0,765$; $p=0,008$) and gender (female) ($B=0,416$; $p=0,039$).

Conclusion: More lethal attempt of suicide was registered in the experimental group of schizophrenic patients. There is no confirmed statistical significance in the preference of the respondents of experimental groups in the choice of less lethal method of suicide.

Keywords Method of suicide attempt, suicide attempt in schizophrenic patients, depression and attempted suicide, more and less lethal attempt of suicide.

Scientific field: Medical science

Specific subfield: Psychiatry

САДРЖАЈ

| | |
|--|----|
| 1. УВОД..... | 1 |
| 1.2. Схизофренија као душевни поремећај | 2 |
| 1.2.1. Дефиниција и историјат схизофрених поремећаја..... | 3 |
| 1.2.2. Епидемиолошки подаци схизофрених поремећаја..... | 4 |
| 1.2.3. Етиологија и патогенеза схизофрених поремећаја..... | 5 |
| 1.2.4. Дијагностички критеријуми схизофреније | 6 |
| 1.2.4. Клиничка слика и клинички облици схизофрених поремећаја..... | 8 |
| 1.2.6. Позитивни и негативни синдром у схизофренији | 9 |
| 1.2.7. Ток и прогноза схизофреније | 11 |
| 1.2.9. Суицидалност код схизофрених болесника | 13 |
| 1.3. Афективни поремећаји или поремећаји расположења | 13 |
| 1.3.1. Дефиниција и историјат афективних поремећаја | 14 |
| 1.3.2. Епидемиолошке карактеристике депресије | 15 |
| 1.3.3. Етиопатогенеза великих депресивних поремећаја | 17 |
| 1.3.4. Дијагностички критеријуми и клиничка слика депресивних поремећаја | 19 |
| 1.3.5. Епизода депресије..... | 21 |
| 1.3.5.1. Тешка депресивна епизода | 22 |
| 1.3.6. Ризик од суицида и покушаја суицида код депресивних болесника..... | 22 |
| 1.4. Суицид-суицид..... | 23 |
| 1.4.1. Појам и дефиниција суицида..... | 24 |
| 1.4.2. Епидемиолошки подаци о суициду и покушају суицида | 26 |
| 1.4.3. Актуелна теоријска објашњења суицида | 27 |
| 1.4.3.1. Биолошке теорије | 27 |
| 1.4.3.2. Социолошке теорије..... | 29 |
| 1.4.3.3. Психолошке теорије | 30 |
| 1.4.4. Фактори ризика за суицид | 31 |
| 1.4.4.1. Демографски фактори | 32 |
| 1.4.4.2. Психијатријски поремећаји | 32 |

| | |
|---|----|
| 1.4.4.3. Алкохол и болести зависности..... | 32 |
| 1.4.4.4. Поремећаји личности | 33 |
| 1.4.4.5. Соматска обољења..... | 33 |
| 1.4.4.6. Поремећаји исхране..... | 33 |
| 1.4.4.7. Социјални и средински фактори | 33 |
| 1.4.5. Покушај суицида као фактор ризика | 34 |
| 1.4.6. Предвиђање суицида | 34 |
| 2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА | 36 |
| 2.1. Радне хипотезе | 36 |
| 3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА | 37 |
| 3.1. Врста студије..... | 37 |
| 3.2. Место и време истраживања..... | 37 |
| 3.3. Формирање узорка и инструменти истраживања..... | 37 |
| 3.4. Варијабле истраживања | 38 |
| 3.5. Примењене статистичке методе при обради добијених података у истраживању | 39 |
| 3. 6. Етичност истраживања и одобрења..... | 40 |
| 4. РЕЗУЛТАТИ | 41 |
| 4.1. Начини покушаја суицида | 42 |
| 4.2. Демографске и опште карактеристике испитаника..... | 45 |
| 4.2.1. Животно доба..... | 45 |
| 4.2.2. Пол | 46 |
| 4.2.3. Образовање..... | 47 |
| 4.2.4. Радни статус | 48 |
| 4.2.5. Брачни статус | 50 |
| 4.2.6. Остварено родитељство | 51 |
| 4.2.7. Могући хередитет..... | 52 |
| 4.2.8. Основно психијатријско обољење | 53 |
| 4.2.9. Дужина трајања болести | 57 |

| | |
|---|-----|
| 4.2.10. Ранији покушаји суицида | 58 |
| 4.2.11. Вид хоспитализације | 59 |
| 4.2.12. Укупан број хоспитализација | 60 |
| 4.2.13. Актуелно стање песимизма | 63 |
| 4.2.14. Склоност ка агресивном понашању | 64 |
| 4.3. Компаративна анализа независних варијабли и степена леталитета покушаја суицида | 65 |
| 4.4. Логистичке регресије са поновљеним покушајем суицида као зависном варијаблом | 66 |
| 4.4.1. Униваријантна логистичка регресија | 66 |
| 4.4.2. Мултиваријантна логистичка регресија са поновљеним покушајем суицида као зависном варијаблом | 68 |
| 5. ДИСКУСИЈА | 70 |
| 6. ЗАКЉУЧЦИ | 86 |
| 7. ПРЕДЛОГ МЕРА | 87 |
| 8. ЛИТЕРАТУРА | 88 |
| 9. ПРИЛОЗИ | 113 |

1. УВОД

Суицид или самоубиство је намерно и свесно одузимање сопственог живота. Иако су кроз историју постојале варијације у социолошком, верском, филозофском, законодавном и медицинском приступу овој сложеној појави и иако је она била предмет бројних студија још увек не постоји универзално прихваћена теорија суицида. Данас се он тумачи као вишедимензионални поремећај, који произилази из комплексне интеракције генетских, биолошких, психолошких, социолошких и ситуационих фактора (301).

Суицид представља светски феномен са далекосежним емотивним, друштвеним и економским последицама. Бројне студије указују на поражавајући пораст стопе суицидалног понашања у готово свим земљама. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО) само у последњих 45 година број суицида је порастао за 60%, тако да је 2012. године широм света регистровано 804.000 смртних случајева изазваних суицидом, што представља стопу од 11,4 суицида на 100.000 становника (284, 310). У укупној смртности суицид учествује са 1,8% што га у највећем броју земаља сврстава у водећих 10 узрока смртности, уз негативна предвиђања да ће се до 2020. године број суицида повећати за 50%, уз годишњу стопу од 1,5 милиона и уз учешће у укупној смртности од 2,4% (38, 78).

Фаталном окончању живота суицидом је све подложнија и категорија адолесцената. Само у САД од 1950. године број суицида адолесцената се утростручио тако да је међу особама старости од 15 до 34. године суицид представљао други водећи узрок смрти (73). И на глобалном нивоу суицид је други водећи узрок смрти у старосној групи од 15 до 19 година, а један од три водећа узрока смрти у економски најпродуктивнијој старосној групи од 15 до 44. године (229).

Још већи социолошки и јавноздравствени проблем од суицида представља суицидално понашање које обухвата: суицидалне мисли, суицидалне идеје, суицидалне планове и покушај суицида. Присутно је тврђење да је у свету око 10 - 20 пута чешћи покушај суицида од извршеног суицида (284). Код сваке треће особе која је извршила суицид утврђен је најмање један, претходни неуспео покушај суицида. У 50% особа које су покушале суицид већ у првој години након покушаја

јавља се нови покушај који се по правилу изводи на леталнији начин од претходног. Суицидалне идеје током свог живота имало је од 5,6 до чак 14,3% испитиваног становништва САД (207).

Уколико се овим поражавајућим показатељима додају и чињенице да је код 90% оних који су извршили самоубитво регистрован неки ментални поремећај (140), односно да је у тренутку смрти 14,1% самоубица боловало од схизофреније, а 30,1% од афективних поремећаја (37), као и да је преваленца суицида код болесника са схизофренијом и депресијом око 10-20 пута већа у односу на самоубице неоптерећене душевним поремећајима намеће се императив свеобухватног приступа превенцији суицидалног понашања, са посебним акцентом на психијатриске болеснике. Управо и наше истраживање представља покушај да се кроз анализу фактора ризика суицидалног понашања, уз посебан осврт на избор начина и/или средства суицида у случајевима извршеног покушаја суицида код схизофрених и депресивних болесника, да допринос унапређењу превенције суицида и суицидалног понашања. Аргументације да је у земљама Европске субкултурне традиције мало сличних истраживачких студија, дају неспорну вредност и посебан квалитет нашем истраживачком пројекту.

1.2. Схизофренија као душевни поремећај

Схизофренија је тешка, душевна болест од које болује 1% светске популације (190). Углавном почиње у периоду адолесценције или млађег животног доба (295), уз приближно једнаку полну дистрибуцију.

Једна од основних карактеристика схизофреније је хетерогеност, како у етиологији и патогенези, тако и у клиничким манифестацијама, току болести и одговору на терапију, Због тога и данас постоје недоумице да ли се ради о јединственом клиничком ентитету или о групи различитих менталних поремећаја. Широки спектар симптома и знакова произилази из поремећаја емоција, мишљења, воље и опажања, као и из дезинтеграције целокупног функционисања личности (184).

Схизофренија је хронична болест са рекурентним током. Након почетног продормалног стадијума смењују се акутне епизоде и ремисије различите дужине

трајања. У одмаклим стадијумима болести доминирају негативни и когнитивни симптоми (252).

Особе са шизофренијом су углавном без јасних мисли, неспособне да доживе и изразе емоције, да имају нормалне међуљудске односе, да интерпретирају искуства из прошлости и планирају будућност (305). Све ово доводи до честих и других хоспитализација, социјалне изолације, стигматизације и радне неспособности – инвалидности шизофрених.

Поред последица на оболелу особу, значајни су проблеми са којима се сусреће и његова фамилија, ближе окружење, здравствени систем и целокупно друштво. Светска здравствена организација је шизофренију означила глобалним проблемом који се у укупној оптерећености болестима у свету налази на десетом месту (202). Са економског аспекта, у здравственим системима многих држава издвајања за лечење шизофреније и санирање њених последица се налазе у самом врху. Само у Сједињеним Америчким Државама у ове сврхе је у 2002. години потрошено више од 62,7 милијарди долара (317). У Канади свака дванаеста болесничка постеља је заузета оболелима од шизофреније. Годишњи трошкови хоспитализације, исплате инвалидитета, социјалне помоћ и губитка продуктивности у овој земљи износе 6,85 милијарди долара, што је више него за било који други здравствени проблем (50).

1.2.1. Дефиниција и историјат шизофрених поремећаја

Први описи симптома сличних онима у параноидној шизофренији стари су више хиљада година и налазе се у египатском папирусу „Ebers“ из 1550. године пре нове ере и Хинду записима „Atharva Veda“ из 1200-1000. године пре нове ере (168). Хипократ 400. године пре нове ере описује симптоме које повезује са проблемима у мозгу (221). У средњем веку ментални поремећаји су везивани за демоне тако да су оболели били стигматизовани, прогањани и излагани егзорцизму и спаљивању (159). Период ренесансе доноси и научни приступ и хуманији став према душевним болесницима што резултира и отварањем прве психијатријске болнице у Валенсији у 16. веку (205).

Први детаљнији опис параноидне шизофреније дао је 1810. године John Haslam (133). У својој књизи „Илустрација лудила“ („Illustrations of Madness“)

описао је понашање хоспитализованог менталног болесника, лондонског брокера James Tilly Matthews-а, кога је свакодневно пратио радећи као апотекар у лондонској психијатријској болници Bethlem (33).

Појам схизофренија (schizophrenia) „угледао је светлост дана“ на састанку Немачког удружења психијатара одржаног у Берлину 24. априла 1908. године (164). Швајцарски психијатар Eugen Bleuler (1857–1939) је у свом предавању одржаном на том скупу, а затим и у својој књизи „Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe)“ из 1911. године, предложио да се дотадашњи појам dementia praecox замени појмом schizophrenia, насталим из грчких речи schisis (σχίσις)-расцеп и phrenos (φρήν)-душа, што би у дословном преводу значило „расцеп душе“ (230, 231).

1.2.2. Епидемиолошки подаци схизофрених поремећаја

Прецизно утврђивање епидемиолошких података схизофреније праћено је бројним тешкоћама. Фактори везани за пацијенте који отежавају истраживања су бројни, али свакако је најзначајнији различити дијагностички приступ због непостојања објективног метода дијагностике. Са друге стране поставља се питање организованости и квалитета психијатријских служби, као и њихова доступност пацијентима.

У различитим епидемиолошким студијама, у зависности од земље истраживања, преваленца схизофреније се креће од 0,27–1,2% а на глобалном, светском нивоу она износи око 1,0% (22). Инциденца схизофрених поремећаја такође се креће у широком спектру за поједине државе и углавном се, према подацима СЗО креће у распону од 0,018% у Данској до 0.043% у руралним срединама Индије. У просеку, овај статистички параметар је прилично константан и годинама је на нивоу 0,03%, што значи да се сваке године на 10.000 становника опште популације региструје троје новооболелих (307).

„Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење схизофреније“ у издању Министарства здравља Републике Србије указује на пораст преваленце овог обољења у нашој земљи од 16% за период од 2007 до 2011. године (245).

Схизофрени поремећаји се дијагностикују 1,4 пута чешће код мушкараца него жена, при чему је врх обољевања код мушкараца у 21. години уз доминацију узраста од 17-25 година, а у жена у 27. години са највећим бројем оболелих између 25. и 32. године живота (7). Просечни животни век за особе са овом болешћу је 10 до 25 година краћи од преостале популације (286), како због озбиљности основног обољења тако и због коморбидитета са кардиоваскуларним, респираторним и метаболичким обољењима (52) и повећаног ризика од суицида (око 2-10%) (110). Апроксимативно једна трећина од укупног броја оболелих покуша, а један од десет изврши суицид (12).

1.2.3. Етиологија и патогенеза схизофрених поремећаја

Бројна појединачна и мултидисциплинарна истраживања спроведена последњих деценија нису довела до открића узрока настанка и развоја схизофреније. Немогућност идентификације специфичног узрочника овог обољења и хетерогеност клиничке слике и тока схизофреније наметнуле су тумачење етиологије и патогенезе овог обољења мултифакторијалним моделима. Два су модерна модела: стрес – дијатеза модел и биопсихосоцијални модел. Стрес - дијатеза модел подразумева да код особе постоји урођена предиспозиција за настанак болести (предиспонирајући фактори), а да су различити стресори, без обзира на своју природу само окидач за настанак симптома (преципитирајући фактори) (83). Биопсихосоцијални модел заснован је на садејству биолошких, психолошких и друштвених чинилаца који могу узроковати схизофренију (60). При томе се разликују иницијални узрочници који започињу болест и помоћни који помажу њен настанак и трајање.

Генетски фактори

На основу бројних истраживања на близанцима, рођацима у првој и другој линији сродства и усвојеној деци дошло се до закључка да херeditет у настанку жизофреније учествује са 83%, при чему је ризик од настанка болести пропорционалан степену сродства и броју оболелих у породици (152).

Питање генетске условљености схизофреније различити аутори су покушали да објасне теоријом да не постоји један „ген за шизофренију“ већ је одговоран већи број гена „малог ефекта“ (171). По њима бројне комбинације ових

гена и фенотип фактора узрокују и хетерогеност у клиничкој слици. Радна група за схизофренију „Конзорцијума за психијатријску генетику“ („Psychiatric GWAS Consortium“) је 2014. године, након свог петогодишњег рада утврдила 108 независних локуса гена удружених са схизофренијом (258).

Биохемијски фактори

Најзначајнији неуротрансмитери за које се сматра да учествују у патогенези схизофреније су допамин, серотонин, норепинефрин, ГАВА и глутамат (172).

Позитивни симптоми схизофреније, укључујући и халуцинације и суманутост, резултат су повишене субкортикалне продукције допамина због оштећеног кортикалног пута кроз nucleus accumbens. Негативни симптоми као што су анхедонија, заравњене емоције и сиромашан говор, настају као последица снижене активности D₁ рецептора (261).

Социо-економски и културални фактори

Најзначајнији друштвени фактори су урбанизација и миграције (63, 278, 297). Посебни облици понашања у породици као што су: занемаривање, малтретирање и злостављање деце и коришћење психоактивних супстанци, као и прерани губитак родитеља који често за собом повлачи и социјално повлачење су фактори високог ризика за настанк схизофреније (67, 283).

1.2.4. Дијагностички критеријуми схизофреније

Препознавање схизофреније у раним стадијумима болести има непроцењив клинички значај за примену раног лечења (260). Иако су до сада учињени бројни покушаји на проналажењу начина за њено рано откривање и праћене, постављање дијагнозе је и данас углавном засновано на откривању симптома и знакова обољења кроз разговор са пацијентом. Један од највећих дијагностичких проблема, посебно у случајевима коморбидитета (54) је разлучити код пацијента схизофренију од других менталних поремећаја.

Све ово је годинама наметало неопходност увођења јединствених дијагностичких критеријума. Данас се у клиничкој пракси схизофреније користе два међународно усаглашена приручника: Међународна класификација болести, МКБ-10 (ICD-10; „International Statistical Classification of Diseases and Related Health

Problems“) (280) и Дијагностички и статистички приручник за душевне поремећаје, верзија 5 (DSM-V; „Manual of Mental Disorders“) (7).

МКБ-10

Десту ревизију приручника је издала СЗО 2010. године (280; 289). Користи се у здравственим системима европских држава.

Симптоми шизофреније су у МКБ-10 приручнику подељени на јасне и мање јасне (280).

- Јасни симптоми:
 - ехо мисли, наметање, одузимање мисли или емитовање мисли;
 - сумануте идеје управљања, утицаја или пасивности;
 - акустичке халуцинације;
 - трајне сумануте идеје друге врсте и
 - постојане халуцинације било ког модалитета;
- Мање јасни симптоми:
 - прекиди мисли или убацивање у ток мисли, неповезан говор, или неологизми;
 - кататоно понашање;
 - "негативни" симптоми као што су изразита апатија, алогија и аволуција и
 - доследна промена укупног квалитета неких аспеката личног понашања.

За постављање дијагнозе шизофреније је потребан један врло јасан симптом, или два мање јасна (280).

МКБ-10 класификација према доминирајућим симптомима дефинише 9 клиничких типова шизофреније (280):

- Ф 20.0 Параноидна шизофренија
- Ф 20.1 Хебефрена шизофренија
- Ф 20.2 Кататона шизофренија
- Ф 20.3 Недиференцирана шизофренија
- Ф 20.4 Постшизофрена депресија
- Ф 20.5 Резидуална шизофренија

- Ф 20.6 Обична схизофренија
- Ф 20.8 Друга схизофренија (схизофрениформни поремећај)
- Ф 20.9 Неозначена схизофренија

ДСМ-5

ДСМ-5 приручник је објављен 2013. године од стране Америчког удружења психијатара (7, 281). Користи се у САД и бројним државама света. У приручнику се наводе карактеристични симптоми за постављање дијагнозе (7):

1. суманутост,
2. халуцинације,
3. дезорганизовани говор,
4. дезорганизовано понашање и кататонија,
5. негативни симптоми;

За дијагнозу су потребна најмање два симптома од којих је сваки присутан значајан део времена током једномесечног периода, а довољан је само један од прва три симптома ако су суманутости бизарне или су присутне халуцинације које се састоје од гласова који међусобно разговарају или коментаришу пацијентово понашање (7).

1.2.4. Клиничка слика и клинички облици схизофрених поремећаја

Иако је схизофренија била предмет највећег броја истраживања у психијатрији и данас не постоје јасни принципи у дефинисању њеног клиничког кода. Широки спектар клиничких симптома, знакова и синдрома, карактеристичан за ову болест условљен је поремећајима готово свих психичких функција и дезинтеграцијом личности оболелог (184, 205).

Чињеница да у клиничкој слици схизофреније не постоји патогномичан симптом, знак или синдром наводила је бројне истраживаче да кроз различите научне приступе утврде групе знакова и симптома који би били у вези са етиологијом, током, прогнозом и исходом схизофреније.

Први значајнији допринос на овом пољу дао је немачки психијатар Emil Kraepelin (1856-1926), који је у петом издању свог уџбеника, 1896. године, све психичке поремећаје на основу анализе исхода, тока и симптома, сврстао у три клиничка ентитета: *dementia praecox*, манично - депресивна психоза и параноја (94,

186). Eugen Bleuler, швајцарски психијатар (1857-1939) је делом прихватио Краерelin-ов концепт али и преименовао деменцију прекокс у схизофренију (230, 231). Све симптоме је поделио на примарне (карактеристичне за схизофренију) и помоћне (присутне и у другим обољењима). Примарне симптоме је означио као „4 А“ симптоме (асоцијативни поремећај, афективни поремећај, аутизам, амбиваленција / амбитенденција) (192).

Немачки психијатар Kurt Schneider (1828-1899) је описао 11 симптома које је поделио у две групе. За седам симптома, које је сврстао у прву групу сматрао је да су од великог значаја за схизофренију те их је назвао „симптомима првог нивоа“ („first - rank symptoms“) (211). Ови симптоми одговарају групи позитивних симптома. Радови Schneider-а представљали су значајну подлогу у развоју међународних класификација МКБ-10 и ДСМ-3.

1.2.6. Позитивни и негативни синдром у схизофренији

Појам „позитивни и негативни симптоми“ у психијатрију су крајем XIX века увели John Hughling Jackson и Russell Reynolds (35). Jackson је описао позитивне симптоме као повишену активност мозга, а негативне симптоме као умањење или губитак нормалних процеса у мозгу (35). Готово читав век касније, 1974. године, амерички психијатар John Strauss актуализује модел дихотомије, односно постојање позитивних и негативних симптома у клиничкој слици схизофреније (275).

Nancy C. Andreasen, психијатар и професор универзитета у Ајови, на основу истраживања компјутеризованом томографијом и магнетном резонанцом доводила је у везу појаву негативних симптома са структуралним променама на мозгу (смањен волумен фронталног режња мозга и проширење можданих комора) (14). Овакав приступ омогућио је научницима из Ајове да израде Скалу за оцену позитивних симптома (SAPS; Scale for the Assessment of Positive Symptoms) (294), Скалу за оцену негативних симптома (SANS; Scale for the Assessment of Negative Symptoms) (109) и Скалу за оцену позитивних и негативних симптома (PANSS; Positive and Negative Syndrome Scale) (112).

Амерички психијатар William Carpenter са сарадницима је негативне симптоме поделио на примарне и секундарне. Примарни симптоми су значајнији

јер су супстрат саме схизофреније. Секундарни се развијају као последица депресије, социјалног повлачења и екстрапирамидалних нуспојава антипсихотика (66).

Из свих ових радова може се извући закључак да и у савременој психијатрији доминира подела симптома схизофреније на две главне категорије: позитивне и негативне симптоме (198).

У *позитивне симптоме* спадају: сумануте идеје, халуцинације и дезорганизован говор и понашање (198).

Сумануте идеје представљају поремећај мишљења по садржају (184) и клинички одликују схизофренију као тешку душевну болест. Најчешће су сумануте идеје односа (око 70% свих суманутости) и идеје прогона (персекуције) (165), а могу се јавити и идеје кривице или безвредности, нихилистичке идеје, експанзивне идеје, сумануте хипохондријске идеје, религиозне идеје, идеје љубоморе и еротоманске идеје (155). Битне карактеристика овог поремећаја су: немогућност да се оболела особа убеди у нетачност његових идеја и негирање болести уз често одбијање узимања терапије и предложене хоспитализације.

Халуцинације се јављају у око 75% оболелих али нису патогномичне за схизофренију јер их доживљавају и други психотични болесници, посебно делирантни. Могу бити слушне, видне, олфакторне, густаторне, тактилне и ценестетске (76), а за схизофренију су најзначајније слушне које чине 60-90% свих халуцинација (302).

Поремећаји мишљења и говора често су доминантни симптоми схизофреније и могу заостати у клиничкој слици чак и након побољшања других симптома (89).

Кататонију, као посебан клинички ентитет, издвојио је Karl Ludwig Kahlbaum 1870. године (70) описавши је као синдром моторних поремећаја, укључујући мутизам, негативизам, стереотипију, каталепсију и вербигерацију. Неки психијатри сматрају да је треба дефинисати као поремећај који се манифестује кроз два потпуно супротна стања: кататони ступор и кататони узбуђење. Ова два облика се јављају одвојено али неретко могу се смењивати у једном нападу (226).

Негативни симптоми су одавно препознати као главни фактор феноменологије схизофреније. Они у знатно већој мери у односу на позитивне симптоме детерминишу функционисање оболелог и прогнозу болести (241).

Разликују се примарни и секундарни негативни симптоми. Док су примарни супстрат саме болести, секундарни настају као последица дејства депресије, примарних симптома и екстрапирамидалних симптома, потичу из коморбидитета, болести зависности и нус - ефеката антипсихотика или су последица реакције оболелог на окружење (156).

Консензус око класификације негативних симптома постигнут је на конференцији одржаној 2005. године у САД под покровитељством Америчког института за јавно здравље где су подељени у следеће групе: афективна заравњеност (тупост), алогија, абулија (губитак воље), анхедонија и социјално повлачење (161, 198).

Афективна заравњеност или афективна тупост креће се од благог ограничења изражавања до потпуне тупости.

Алогија у којој болесник говори све мање, а садржај говора је празан; скоро никада не започиње конверзацију а на постављена питања одговара после продужене паузе (106).

Абулија (губитак воље) се манифестује као губитак енергије за извршавање уобичајених активности и задатака. Оболелу особу ништа не занима и ничим се не бави. Долази до личне запуштености и изостајања из школе или са радног места (290). Губитак воље последично води и у алијенацију до аутизма.

Анхедонија која се дефинише као отежано доживљавање задовољства, односно пријатних емоција јавља се у око 45% пацијената и има значајну улогу у свеукупној дезорганизацији личности (228);

Социјално повлачење се испољава кроз смањено интересовање за остваривање комуникације са члановима породице и пријатељима, као и смањену жељу за остваривањем сексуалних односа (20).

1.2.7. Ток и прогноза шизофреније

Шизофренија је веома хетерогени поремећај тако да њен ток и прогноза варирају од пацијента до пацијента. Неке студије указују да ремисија болести у 27% оболелих наступа након 4 недеље, а у 45% унутар 5 година од почетка примене терапије (13, 36). Са друге стране 20-30% болесника остаје резистентно на терапију (121). У периоду ремисије рецидиви су јако чести тако да 21-40% пацијената

доживи рецидив у року од 1-3 године, а њих 70-82% у року од 5 година од почетка болести (179).

Бројни аутори су прихватили Lieberman-ову поделу клиничког тока схизофреније према којој постоје 4 фазе: преморбидна фаза, продромална фаза, фаза шизофреније и резидуална (хронична) фаза (177).

Преморбидна фаза је период пре појаве продромалног стадијума. Најчешће протиче асимптоматски и уз нормално функционисање. Симптоми, уколико се појаве су у сфери дискретних и неспецифичних когнитивних, моторних и социјалних поремећаја (257).

Продромална фаза је период између појаве првих неспецифичних симптома и постављања дијагнозе схизофреније на основу утврђених критеријума. Протиче без значајних психотичких симптома и траје у просеку од 3 до 5 година (157). У овој фази појединац доживљава промене у емоцијама, мишљењу, перцепцији и понашању и углавном су присутни позитивни симптоми, али је јасна и психосоцијална нестабилност и опадање функционалности (260). Сви ови поремећаји су дискретни, нестални и неспецифични и често се могу превидети чиме се пропусти оптимални тренутак за почетак лечења (188).

Фаза схизофреније, по Lieberman-у (177), или акутна фаза, започиње првом психотичном епизодом. Иако је присутан значајан степен индивидуалности у манифестацији, ова фаза се углавном карактерише појавом интензивних позитивних симптома (халуцинације, сумануте идеје и тешки поремећаји понашања) (154, 245). Уз адекватну хоспитализацију и лечење акутна фаза траје од 4 до 8 недеља (у просеку 6 недеља). Стишавање или потпуно ишчезавање симптома означава почетак периода ремисије.

Даљи ток болести може ићи у правцу потпуног оздрављења (10-20% оболелих) (96), дугогодишњег трајања болести са периодичним релапсима и ремисијама (око 80% оболелих) (174) и тешке, прогресијентне форме без ремисија и уз тешку детериорацију когнитивног и функционалног статуса и висок степен инвалидности (око 10%). Превенција релапса представља круцијални елемент у спречавању прогресије схизофреније (176).

Хронична или резидуална фаза схизофреније настаје након дуготрајне акутне фазе болести. Углавном се јавља код старијих особа и карактерише је

присуство негативних симптома, психомоторна успореност, функционални поремећаји, трајне промене афекта и когнитивна детериорација (137).

1.2.9. Суицидалност код шизофрених болесника

Непобитан закључак готово свих истраживања везаних за шизофренију је да код оболелих од ове психозе постоји висока стопа ризика од суицидалних идеација, покушаних и реализованих суицида. Наиме, суицид покуша између 18 и 55% пацијената оболелих од шизофреније (235), а њих 4,9-10% на крају и реализује тај чин (225, 236). Суициди су око 13 пута чешћи код шизофрених особа у односу на општу популацију (253) и чине око 2-12% од свих регистрованих суицида. Овако високу учесталост неки аутори наводе и као један од главних разлога за просечно 10-15 година краћи живот болесника са шизофренијом у односу на преосталу популацију (57).

Иако је веза између шизофреније и суицидалног ризика неспорна, још увек није јасно потврђено на који се начин та веза остварује. Овоме посебно иде у прилог чињеница да постоје исти узроци суицида (ранији покушаји суицида, незнање, коришћење наркотика, алкохола и цигарета) како код особа са шизофренијом тако и код оних из опште популације (103). Управо се због тога и намеће императив утврђивања евентуалних специфичних фактора ризика суицида у шизофренији, како би се обезбедила адекватна терапија и правовремено превентивно деловање.

1.3. Афективни поремећаји или поремећаји расположења

Афективни поремећаји или поремећаји расположења, су историјски један од најраније препознатих и конципираних менталних поремећаја. Основна карактеристика ове велике групе психијатријских болести је поремећај расположења у смислу патолошки повишене емоционалности (298). На супротним крајевима спектра ових поремећаја налазе се *манија* - безразложно повишење расположења и *депресија* - пад расположења, такође без објективних основа (273). Ови основни поремећаји могу бити праћени и симптомима који указују на психомоторне поремећаје и нарушавање когнитивних и вегетативних функција.

Афективни поремећаји представљају хетерогену групу психијатријских

поремећаја који се клинички могу манифестовати у виду (7, 280):

1. *депресивних поремећаја (униполарна депресија)* - присутне су само епизоде депресије и
2. *биполарних поремећаја* - присутне су епизоде депресије комбиноване са епизодама маније и/или хипоманије (7, 280).

Поремећаји расположења, који се означавају и као секундарне депресије узроковани су спољним факторима као што су опште здравствено стање и злоупотреба психоактивних супстанци (25, 169).

Појединци са депресијом осећају се безвредно, тужно, безнадежно и празно у мери у којој ова осећања смањују ефикасност функционисања. Они такође губе интерес за своје уобичајене активности, доживљавају промене апетита, пате од поремећаја сна и осећају замор и губитак енергије (141, 145). Насупрот њима особе са манијом су упадљиво расположене, често без значајнијег разлога. Испољавају прекомерну активност, енергичност и импулсивност и могу бити агресивни и непријатни за околину. Склони су радњама које су ван њиховог карактера, као што су трошење новца без покрића, непотребне куповине, кршење закона, свлачење у јавности и неконтролисано сексуално понашање (145, 288).

Између епизода афективних поремећаја на почетку болести особе могу изгледати и функционисати нормално. Међутим са трајањем болести наступају значајни поремећаји у њиховом размишљању, понашању и телесним функцијама што све скупа доводи до значајних промена у друштвеној, професионалној, образовној и другим значајним сферама живота оболелог.

1.3.1. Дефиниција и историјат афективних поремећаја

Сазнања о афективним поремећајима сежу у далеку прошлост људске цивилизације. На основу проналаска каменом трепаниране лобање из периода каменог доба, поједини аутори тврде да је поремећај расположења пратио људе чак и у тој ери (238). Промена расположења се тада тумачила присуством демонских сила у глави оболелог, тако да је отварањем рупе на лобањи омогућаван њихов излазак. Оваква веровања и начин лечења примењиван је и много касније али уз коришћење модернијих средстава за трепанацију (58). У древним цивилизацијама као што су биле Месопотамија, Египат и Персија афективни поремећаји су такође

мистифицирани и њима су се бавили свештеници покушавајући да их сузбију различитим молитвама, ритуалним обредима и егзорцизмом (5, 159).

Темеље класификације афективних поремећаја поставио је грчки лекар и филозоф Хипократ (460-337 год. п. н. е.) Он је описао патолошко стање тешке туге и назвао га Меланхолија (грч. „μέλαινα” - црна и „χολή” - жуч) објашњавајући да ово обољење настаје због вишка „црне жучи“ у организму (15). Гален (129–216) је наставио Хипократово учење о људским соковима и у зависности од њихове преваге објаснио четири врсте темперамента: меланхолични (црна жуч), сангвинични (крв), колерични (жута жуч) и флегмонични ("слуз") (144).

Артеј из Кападокије (I век) је први довео у везу меланхолију и манију тврдећи да имају исту етиологију (поремећај функције мозга) и да манија представља погоршање меланхолије (160). Такође увео је и концепт спектра менталних поремећаја у коме су меланхолија и манија екстремни поремећаји (186).

Концепт Артеја из Кападокије послужио је као основа бројним ауторима после њега. Један од њих био је и немачки психијатар Wilhelm Griesinger (1817–1868) кооји је 1845. године изнео теорију да су меланхолија и манија једно обољење и да се циклично смењују (85). Француски психијатри Jean-Pierre Falret (1794–1870) и Jules Baillarger (1809–1890) независно један од другог и оптужујући се међусобно за плагијат, 1854. године су у својим радовима "Folie circulaire", односно "La folie à double forme", детаљно описали и поставили модерни концепт биполарног поремећаја (122, 233).

На преласку из 19. у 20. век, 1900. године Emil Kraepelin (1856–1926), износи своје тврђење да депресија и манија нису јединствени поремећај, већ две различите болести (108). Истовремено он је из овог менталног поремећаја издвојио данашњу схизофренију назвавши је „Dementia praecox“ (108).

1.3.2. Епидемиолошке карактеристике депресије

Депресивни поремећаји представљају озбиљне, цикличне менталне поремећаје који доводе до значајних функционалних поремећаја и смањења квалитета живота и учествују у високом проценту у општем морбидитету и морталитету.

Депресија је један од најчешћих менталних поремећаја који погађа око 350 милиона људи широм света (313). У 2004. години униполарна депресија је била трећи узрок неспособности (316). Према предвиђањима овај поремећај ће 2020. године бити други, а 2030. године први узрок неспособности (244).

Не процењујући успешност спроведене терапије ризик од поновљене епизоде депресије се креће у широком дијапазону од 7–76 % у првих годину дана након прве епизоде (129).

Истраживање спроведено у 18 држава показало је да је просечна преваленца депресија 5%, при чему је у 10 високо развијених држава износила 5.5% а у 8 средње развијених 5.9% (153).

Спроводећи истраживање на 37.000 одраслих особа у 10 држава Јужне Америке, Европе, Азије и у САД, „Међународни конзорцијум за психијатријску епидемиологију“ је утврдио да се животна преваленца депресије креће од 3% у Јапану до 16,9% у САД (244).

Ризик од развоја депресије је два пута већи у женској популацији у односу на мушку (293).

Преваленца депресије код деце млађе од 8 година је нижа од 1%. У узрасту до 13 година она износи 2,8%, а од 14-18 година 5,6% (80). Врх обољевања у мушкој популацији је између 15 и 29 година, а код жена између 30 и 44 године (251). Након тога долази до опадања преваленце до 69 године. За особе старије од 70 година вредности показују значајније варијације у зависности од пола и региона и углавном износе од 1-5% (251).

Неожењени и неудати и разведене особе у значајно вишем проценту обољевају од депресије у односу на оне са решеним брачним статусом (11). Развој депресије у знатној мери доводи до превременог прекида образовања (296).

Депресије и социјално економски статус су тесно повезани. Треба истаћи да је у овој корелацији много значајна чињеница да губитак посла представља јак фактор ризика за настанак депресије (143).

Једна од значајних карактеристика депресије је и висок степен ризика од коморбидитета и морталитета. Евидентна је удруженост депресије са бројним обољењима и стањима као што су: артритис, астма, канцер, кардиоваскуларне болести, дијабетес, хипертензија, хроничне респираторне болести и разна болна

стања (55, 75, 117). Оболели од депресије знатно чешће у односу на осталу популацију користе цигарете, алкохол и психоактивне супстанце (163).

Базирајући се на свим овим чињеницама не изненађује улога депресије као фактора ризика у прераној смрти.

Треба истаћи и висок суицидални ризик у депресивном поремећају (247).

Депресија код одраслих представља главни фактор ризика за суицид и у овој старосној групи је други или трећи водећи узрок смрти (312) Више од половине самоубица из ове групе оболелих у тренутку смрти је имало депресивни поремећај (126).

1.3.3. Етиопатогенеза великих депресивних поремећаја

Биопсихосоцијални модел, чији је творац интерниста George Engel (97), представља најбољу подлогу и у објашњењу етиологије и патогенезе депресија. Наиме хетерогеност поремећаја депресије се, као и у случају других психоза, објашњава садејством генетских, биолошких и психо - социјалних чинилаца.

Генетска основа

Истраживања херeditета депресије преко студија породица, близанаца и усвојеника спроводе се последњих 70 година. Мета - анализом породица са близанцима и усвојеницима оболелим од депресије Sullivan и сарадници су утврдили херeditет у 37% (277). У једној великој студији на близанцима у Шведској утврђен је наследни ризик за депресију од 38% (151). У овој студији је утврђен и већи проценат херeditета код жена у односу на мушкарце (40-42% према 29-30%).

Удружене генетске студије углавном су усмерене на истраживање гена одговорних за нормално функционисање неуротрансмитера и осовине хипоталамус – хипофиза - надбубрежне жлезде. Овим истраживањима је обухваћено око 200 гена потенцијалних „кандидата гена“ за изазивање депресије. Међутим издвојено је свега 7 који су у мета-анализама давали статистички значајне резултате: 5ХТЛПР, АПОЕ, ДРД4, ГНБ3, ХТР1А, МТХФР и СЛЦ6А3, при чему ниједан од њих се није могао везати за све промене које се дешавају у депресији (104).

Све ово наводи на закључак да за настанак депресије, али и свих осталих афективних поремећаја, није одговоран само један ген већ група гена.

Неуробиохемијска основа

Прва велика хипотеза о депресији настала је пре пола века и базирала се на претпоставци да је основни поремећај у етиопатогенези мањак монаминских трансмитера мозга, норепинефрина, 5-хидроксид триптамина (серотонина) и/или допамина (49). Дуго година након поставке моноаминске хипотезе аутори су манију и депресију представљали као две биохемијски супротстављене стране. Мањак једног или више катехоламина доводио би до симптома депресије, а њихов вишак до маније.

Бројна истраживања и данашња сазнања о депресији недвосмислено упућују на закључак да је етиологија овог поремећаја знатно комплекснија од основне моноаминске хипотезе али још увек није јасно утврђено која је основна карика у покретању механизма депресије.

Неки аутори велики значај дају новим сазнањима да у депресији постоји измењен број или сензитивност пре и постсинаптичких моноаминергичких рецептора, што доводи до промене концентрације неуротрансмитера (32, 113). При овоме се посебно мисли на ауторецепторе серотонина.

Истраживања о неуротрофном можданом фактору (енг. Brain - Derived Neurotrophic Factor; BDNF) показала су да је овај фактор раста има кључну улогу за опстанак и раст неурона и развој синапси у ЦНС-у (173). Вредности овог фактора у серуму оболелих од депресије су неретко снижене, а низак ниво БДНФ доказан је посмртно и код самоубица (149).

Неуроендокринолошка теорија

Неуроендокринолошка теорија је заснована на дијатеза - стрес моделу (199). Наиме под дејством стресогеног фактора долази до одговора неуроендокриног система, а пре свега хипоталамо – хипофизно - надбубрежне осовине (68). Кортикотропин - ослобађајући хормон из паравентрикуларних једара хипоталамуса стимулише хипофизу на лучење адренкортикотропног хормона под чијим дејством се из коре надбубрежне жлезде продукује и ослобађа у циркулацију глукокортикоид, кортизол (130). Повишен ниво кортизола у крви и његових метаболита у мокраћи, као и резистенција на егзогене кортикостероиде (дексаметазон) може се утврдити код једног броја особа са депресијом (139). Како хипоталамо – хипофизно - надбубрежна осовина у физиолошким условима

функционише на принципу негативне повратне спреге, то ће и у условима дејства стреса одговор бити по истом принципу односно усмерен према хипофизи, хипоталамусу и хипокампусу (68). Тај одговор кортизол остварује преко две врсте рецептора, минералокортикоидних (МР) и глукокортикоидних (ГР), који се између осталог налазе и у различитим деловима мозга.

Највећи број аутора сматра да је за настанак депресије неопходна претходна генетски условљена вулнерабилност хипоталамо – хипофизно - надбубрежне осовине (220) и да се углавном то дешава на нивоу ГР рецептора. Оштећење ових рецептора доводи до значајних поремећаја на нивоу хипоталамуса међу којима је једно од најзначајнијих смањена продукција неуротрофног можданог фактора (БДНФ) (173). Продужено излагање стресу, односно продужено дејство високих концентрација кортизола доводи до атрофије апикалних дендрита и на крају до “смрти“ зрнастих ћелија (255). Сва ова догађања у знатној мери негативно утичу на продукцију и функцију моноаминских неуротрансмитера.

1.3.4. Дијагностички критеријуми и клиничка слика депресивних поремећаја

За класификацију афективних поремећаја, као и у случају осталих психијатријских обољења, данас се користе две међународне класификације болести: МКБ-10 и ДСМ-5 (7, 280). У нашој земљи званично је у употреби МКБ-10 класификација.

У МКБ-10 класификацији афективни поремећаји, или како се још означавају поремећаји расположења, припадају великој Ф3 групи. У оквиру ове групе извршена је подела на 7 категорија (280):

- Ф30 - Манична епизода
- Ф31 - Афективно биполарно душевно обољење
- Ф32 - Депресија-депресијско душевно обољење
- Ф33 - Повратан депресијски поремећај
- Ф34 - Стални поремећаји расположења (афеката)
- Ф38 - Други поремећаји расположења (афеката)
- Ф39 - Поремећај расположења (афекта) неозначен

На основу квалитета и правца амплитуде расположења сви ови поремећаји

могу бити униполарни или биполарни. Ову, и даље актуелну поделу, у психијатрију је 1957. године први увео немачки психијатар Karl Leonhard (1904–1988) (16).

Униполарни поремећаји подразумевају: депресивну епизоду, рекурентни депресивни поремећај и дистимију (197). Основна карактеристика ових поремећаја је присуство искључиво депресивних епизода без иједне епизоде маније или хипоманије (280).

Биполарни поремећаји представљају присуство најмање две поновљене епизоде маније или хипоманије са или без присуства епизода депресије (280). Ова група поремећаја подразумева и циклотимију.

ДСМ-5 класификацијом ментални поремећаји су подељени у 5 група (7, 100):

- Депресивни поремећаји
 - Велики депресивни поремећај
 - Поремећај регулације расположења
 - Перзистирајући депресивни поремећај
 - Дистимички поремећај
- Биполарни поремећаји
 - Биполарни поремећаји I
 - Биполарни поремећаји II
 - Циклотимични поремећаји
- Поремећаји расположења изазвани општим здравственим стањем
- Поремећаји расположења изазвани коришћењем психоактивних супстанци
- Пременструални дисфорични поремећај

И овде доминирају две велике групе поремећаја расположења: депресивни поремећаји и биполарни поремећаји.

Група аутора са Универзитета у Вашингтону 1972. године увела је поделу афективних поремећаја на примарне и секундарне (101). Њихова жеља је била да покажу везу између депресије и шизофреније, односно алкохолизма. У каснијим радовима ова подела обухвата много шири спектар обољења и поремећаја.

Примарни поремећаји су ендемог порекла, док су секундарни последица неког другог соматског обољења (кардиоваскуларна обољења, дијабетес, поремећај штитне жлезде, анемија), неуролошког обољења (Алцхајмерова болест,

Паркинсонова болест), менталног поремећаја (схизофренија) или коришћења психоактивних супстанци и алкохола (53, 114, 118, 169, 243).

Униполарни и биполарни поремећаји би према тој подели припадали примарним афективним поремећајима.

1.3.5. Епизода депресије

Поред класификације афективних поремећаја МКБ-10 утврђује и њихове основне симптоме и дијагностичке критеријуме.

Симптоми депресивне епизоде су подељени на типичне и остале:

- *типични симптоми*: депресивно расположење, губитак интересовања и задовољства и смањење енергије, повећан замор и умањена активност;
- *остали симптоми*: оштећење концентрације и пажње, смањено самопоуздање и самопоштовање, осећање кривице и безвредности, суморан и песимистички поглед на будућност, идеје о самоповређивању или суициду, поремећен циклус спавања и снижен апетит (21, 280).

У зависности од броја, квалитета и дужине трајања присутних симптома МКБ-10 одређује критеријуме за утврђивање тежине депресивних епизода и дели их на благе, умерене и тешке (184, 196, 197, 280).

Блага депресивна епизода подразумева обавезно присуство бар два типична симптома и два остала симптома, *умерена депресивна епизода* - обавезно присуство бар два типична и три до четири остала симптома и *тешка депресивна епизода* - обавезно присуство три типична симптома и четири или више осталих симптома (184, 197, 280).

Сви присутни симптоми морају трајати најмање две недеље у континуитету и не смеју јасније указивати на неки други ментални поремећај (197, 280).

МКБ-10 дозвољава да се у склопу депресије могу јавити и соматски симптоми: анхедонија, недостатак реакције на догађаје или активности које нормално изазивају емоционални одговор, рано јутарње буђење, јутарње погоршање депресије, психомоторна ретардација или агитација, значајан губитак апетита, губитак тежине и губитак либида (197, 280).

1.3.5.1. Тешка депресивна епизода

У тешкој депресивној епизоди поред поремећаја емоција готово увек постоје и значајни поремећаји мишљења, воље и нагона (145). У високом проценту су присутни соматски симптоми, који често и доминирају клиничком сликом што у знатној мери утиче на њену озбиљност (280).

Типични болесник у тешкој депресивној епизоди је нерасположен, тужан, апатичан и незаинтересован за задовољства у свим сферама живота. Уз поремећај апетита и бесанице или хиперсомније упадљива је инертност, „недостатак енергије“ и брзо замарање што га уз пад концентрације чини радно неспособним (204). Снажан осећај бескорисности, емотивне опустошености и безнадежности, уз самосажалење и интензиван осећај кривице праћени су и упорним суицидалним идејама. Присуство симптома психозе у тешком депресивном поремећају, посебно халуцинација и суманутих идеја праћено је високим ризиком за покушај суицида и суицид (215).

1.3.5.2. Понављајући (рекурентни) депресивни поремећај

Рекурентни депресивни поремећај одликује понављање епизода депресије без интермитентних епизода маније или хипоманије (280). Прва епизода се може јавити у било ком животном добу али углавном се јавља код старијих особа. Трајање појединачне епизоде као и учесталост епизода може бити различит. За издвајање две епизоде депресије неопходно је трајање ремисије од најмање два месеца (204). Праћење обрасца рекурентног депресивног поремећаја (учесталост и трајање епизода и трајање ремисија) има велики терапијски и прогностички значај (204).

Уколико дође до појаве маније или хипоманије дијагнозу треба променити у смислу биполарног поремећаја (280).

1.3.6. Ризик од суицида и покушаја суицида код депресивних болесника

Ментални поремећаји, а посебно депресија су свакако један од најзначајнијих фактора ризика за суицид, покушај суицида и суицидалне идеје.

Аутори бројних студија, међу којима и Cavanagh и сарадници (71) документовали су да је 90% особа које су извршиле суицид боловало од неког менталног обољења. Од овог броја у 60% случајева се радило о великој депресивној епизоди (71). Смрт суицидом учествује са 15% у укупној смртности оболелих од депресије. При томе однос покушаја суицида и реализованог суицида износи 1:15-28. Код хоспитализованих пацијената ризик од суицида у односу на општу популацију је 20 пута већи (219). Ризик од покушаја суицида након прве епизоде депресије је 40%, а у првој години болести стопа понављања покушаја износи 25% (41).

Током епизоде депресије, безнађе ескалира и представља значајан фактор ризика за покушај суицида и суицид (27).

Најугроженије старосне групе су млади у узрасту од 18 до 24. године и особе старије од 65 година. У САД се годишње региструје 1.100 суицида и 24.000 покушаја суицида у студентској популацији (170). Старије особе су подложне бројним болестима која доводе до осећаја беспомоћности и безнађа што може довести до депресије и суицидалног размишљања. Такође велики број старијих особа пати због губитка пријатеља и вољених особа, што доводи до социјалне изолације, депресије и губитка воље за животом (276).

Иако жене са депресијом чешће покушавају суицид „реализација“ суицида је чак 4 пута чешћа код мушкараца него код жена (132). Разлог овакве дистрибуције је избор леталнијих начина суицида, као што су ватрено оружје и вешање, од стране мушкараца (195).

У студији Hawton-а и сарадника (123) и бројних других аутора (272), као најзначајнији фактори ризика за суицид код депресивних поремећаја се наводе: мушки пол, породична историја суицида, претходни покушаји суицида, безнађе, суицидалне идеје, коморбидни поремећаји личности, зависност од алкохола и психоактивних супстанци и анксиозни поремећаји.

1.4. Суицид

Глобализација проблема суицида у другој половини 20. века са наглим порастом преваленце у готово свим развијеним државама захтевала је комплексан приступ решавању овог проблема. Амерички психијатар Edwin Shneidman (1918–2009) је 1964. године утемељио нову научну дисциплину, коју је назвао

„суицидологија“, са основним задатком проучавања суицида и његове превенције (234).

1.4.1. Појам и дефиниција суицида

Појам „суицид“ који представља сложеницу латинских речи: *sui*-себе и *occidere*-убити, први је употребио Sir Thomas Browne (1605-1682) у својој књизи „Religio Medici“ из 1643. године (193). Међутим, због тадашњег изразито негативног става цркве и друштва према самоубицама, овај појам се у литератури значајније среће тек у 18. веку.

Чињеница да су се проблемом суицида бавиле социологија, психијатрија, психологија, филозофија, судска медицина, јавно здравље и друге научне дисциплине условила је присуство великог броја тумачења суицида у литератури, али без постојања јединствене и општеприхваћене дефиниције.

Према Durkheim-у (93) суицид је свака смрт која настаје као директни или индиректни резултат чина саме жртве, свесне резултата тог чина. Прилично једноставну и јасну дефиницију по којој суицид представља свесно, намерно и брзо лишавање сопственог живота дао је познати суицидолог Farber (98). СЗО под суицидом подразумева чин са смртним исходом који је умрли, очекујући тај смртни исход, иницирао и спровео сам у циљу изазивања жељене промене (315).

Пратећи литературу везану за суицид DeLeo и сарадници (84) су у свом раду о суицидалном понашању навели осам најчешће коришћених дефиниција суицида. Из свих ових тумачења суицида, како старијих тако и савремених, може се извући неколико специфичних карактеристика на основу којих се суицид разликује од природне и задесне смрти и убиства: 1) суицид настаје повређивањем, тровањем или угушењем, 2) акт одузимања живота чини намерно сама жртва, директно, индиректно или пасивним понашањем и 3) жртва је свесна чињенице да је последица тог чињења смрт.

Иако је у бројним истраживањима потврђена евидентна разлика у клиничким карактеристикама између особа са суицидалним идејама, оних који су покушали суицид и оних који су суицид и извршили, у прошлости, а неретко и данас постоје недоумице везане за феноменологију суицида (213). Успостављање

прецизне номенклатуре и класификације свакако је од непроцењивог значаја у третману суицидалног понашања, његовом предвиђању и превенцији.

У савременој суицидологији први значајнији покушај класификације суицидалног понашања учинио је Beck (29) издвајајући три категорије: извршени суицид, покушај суицида и суицидалне идеје. Maris (185) је 1992. године предложио мултиаксијални систем класификације и као резултат тога пет категорија суицидалног понашања: извршени суицид, суицидални покушај, суицидалну идеацију, мешовити или неизвесни начин, и индиректно аутодеструктивно понашање.

Разлике у класификацији присутне су и у најновијим радовима. Поједини аутори одвајају суицид од суицидалног понашања (206). Са друге стране Silverman и сарадници (266) под суицидалним понашањем подразумевају суицидалне идеје, суицидалне намере, покушај суицида и сам суицид. Неки аутори користе термин суицидалност који поред суицида обухвата и следеће клиничке манифестације:

- суицидалне идеје,
- суицидалне тенденције (жеље),
- суицидалне планове и
- покушај суицида (*tentamen suicidi*) (28, 145, 206).

Епидемиолошка истраживања спроведена у 17 држава утврдила су преваленцу суицидалних идеја од 9,2%, планова 3,1% и покушај суицида 2,7% (207).

Суицидалне идеје представљају у суштини размишљање о смрти. Могу бити пасивне и активне (267). Код пасивних, особа размишља о својој смрти, али без конкретних идеја о извршењу суицида. Суицидалне идеје у високом проценту претходе покушају суицида, а због високе учесталости код пацијената са тешком депресијом сматрају се предусловом за покушај суицида (181).

Код *суицидалних тенденција* особа је сигурна да треба да оконча свој безвредан живот и почиње интензивно да размишља о суициду (145).

Пошто је донео дефинитивну одлуку о извршењу суицида, болесник приступа извршењу *суицидалних планова*, односно поред размишљања о суициду он предузима и припремне радње за његову реализацију (набавља средство за извршење, обилази евентуално место извршења, пише опроштајне поруке и др.)

Покушај суицида (tentamen suicidi) представља акт неуспелог извршења суицида за који је доказано да је постојала свесна намера изазивања смртог исхода (9).

Nock и сарадници (207) анализирајући радове других аутора о суицидалном понашању указују да се код 34% оних који су имали суицидалне идеје развијају суицидални планови, као и да 72% особа са суицидалним планом покуша суицид. Суицид, без претходног плана покуша 26% њих са суицидалним идејама. Највећи број покушаја суицида одигра се у првој години након појаве суицидалних идеја и то у 60% случајева уз суицидални план. и 90% случајева без њега (206). Неизбежан је закључак да је претходно присуство елемената суицидалног понашања снажан фактор ризика суицидалног понашања и суицида.

1.4.2. Епидемиолошки подаци о суициду и покушају суицида

Суицид и покушај суицида нису само психијатријски ентитети, већ и општедруштвени проблем. Према подацима СЗО у свету годишње суицидом умире 800.000 људи (208). Овај податак је у складу са подацима да је стопа суицида на глобалном нивоу 11,4 на 100.000 становника (15.0 и 8.0 на 100.000 за мушкарце и жене, респективно) (207). Глобално, суицид чини 56% свих насилних смрти, 50% међу мушкарцима и 71% међу женама. Постоје индиције да је број покушаја суицида у просеку 20 пута већи од броја реализованих суицида (284, 310). Према пројекцијама СЗО, до краја 2030. године суицид ће постати 15. водећи узрок смрти уз 1,4% од укупног броја смртних случајева у свету (310).

Анализа стопе суицида према животном добу показује да је 2012. године међу младима узраста од 15-29 година суицид био други водећи узрок смрти у Европи и трећи у САД, односно први водећи узрок смрти младих девојака узраста од 15-19 година (46, 311, 314). У принципу, суициди су најређи код особа млађих од 15 година и најчешћи код старијих од 70 година. Глобално, вредност односа суицида мушкарци - жене је 1,9, што значи да мушкарци готово два пута чешће изврше суицид у односу на жене. Ретке су земље где је већи број жена самоубица. Са друге стране жене скоро три пута чешће од мушкараца неуспешно покушавају суицид (61). Разлог за овакав однос између броја суицида и покушаја суицида детерминисан разликом по полу лежи у чињеници да мушкарци користе леталније

начине суицида (ватрено оружје, вешање и скок са висине) у односу на жене које најчешће користе тровање и испијање прекомерне количине лекова (61).

Упоређујући податке по земљама, стопе суицида су од 0,6 (Кувајт) до 46.4 (Шри Ланка) на 100.000 (310). Упркос предрасудама да је суицид чешћи у високо развијеним земљама у стварности 75% суицида се догађа у слабо и средње развијеним државама.

Метода извршења суицида у значајној мери је детерминисана полом самоубице, регионом у коме живи, културолошким и религијским навикама (3). Велику улогу игра и доступност средстава за суицид. У САД због велике доступности оружја чак 60% суицида се изврши ватреним оружјем док је у земљама источне Азије и посебно у руралним срединама најчешће тровање пестицидима (42).

1.4.3. Актуелна теоријска објашњења суицида

Иако постоји значајан број покушаја тумачења појединих аспеката суицида и суицидалног понашања може се закључити да не постоји универзална теорија која би у потпуности расветлила сву разноврсност и сложеност феномена суицида.

1.4.3.1. Биолошке теорије

Биолошке теорије се базирају на генетским и неуробиолошким факторима ризика који могу имати значајну улогу у предиспозицији суицида.

Генетски и наследни фактори у суициду

Иако је преко 90% суицида, односно покушаја суицида праћено неким психијатријским поремећајем, последњих година је потврђено да се суицидалност наслеђује независно (45). Клиничкој чињеници да особе које су извршиле или покушале суицид потичу из породица са већом учесталашћу суицидалног понашања најбољу потпору пружају истраживања на близанцима и усвојеницима. Алек Роу (249) је у свом раду установио да је склоност ка суициду код монозиготних близанаца 17 пута већа него у осталој популацији. Такође у истом истраживању, потврђена је и значајно виша конкордантност суицида код монозиготних близанаца у односу на бизиготне близанце. (249). Класична студија

Schulsinger-a и сарадника (259) је показала да усвојена деца биолошких родитеља са суицидалним понашањем су 6 пута чешће извршила суицид у односу на усвојену децу биолошких родитеља без суицидалног понашања.

Улога гена у суициду најбоље је проучена у серотонинергичком систему, као најважнијем у настанку депресије и различитих облика суицидалног понашања и суицида. Гени кандидати одговорни за полиморфизам у овом систему су триптофан хидроксилаза (ТПХ), транспортери серотонина 5-ХТТ и 5-ХТТЛПР, неки рецептори серотонина (5-ХТ1_А, 5-ХТ2_А и 5-ХТ1_Б), катехол-О-метил трансфераза (ЦОМТ), моноамино оксидаза-А (МАО-А) и тирозин хидроксилаза (ТХ) (223).

Неуробиолошка теорија

Постоје три неуротрансмитера повезана са суицидом: серотонин, норадреналин и допамин. Бројна истраживања су потврдила да код особа које су покушале или извршиле суицид постоји низак ниво серотонина што је доказивано ниским нивоом његовог метаболита 5 хидрокси индол сирћетне киселине (5-ХИАА) у цереброспиналном ликвору (182). Поремећаји у продукцији серотонина углавном су узроковани ниским нивоом ензима моноамино оксидазе - А и тирозин хидроксилазе што је такође пратећи налаз суицида. Низак ниво серотонина се повезује и са неким психичким поремећајима као што су депресија, анксиозност, импулсивност и агресија који представљају значајне факторе ризика за суицидално понашање и суицид.

Снижен ниво метаболита допамина, хемованилинске киселине, бележи се код особа које су покушале или реализовале суицид, али не и код особа са депресијом (262).

Неуроендокринолошка теорија

Функционални поремећаји на нивоу хипоталамо – хипофизно - надбубрежне осовине са последичним снижењем нивоа неуротрофног мозданог фактора, што је један од најзначајнијих биохемијских налаза у суициду, се одвија по механизму карактеристичном за депресивне поремећаје (149, 173).

1.4.3.2. Социолошке теорије

Најзначајније социолошко тумачење суицида дао је Emile Durkheim, француски социолог, у својој књизи „Le Suicide“ из 1897. године (93). Његова основна претпоставка је да суицид није индивидуални чин већ је условљен друштвеним односима и структуром.

Базирајући се на односима појединца и заједнице утврдио је два структурна фактора који утичу на стопу суицида: ниво социјалне интеграције и ниво моралне регулације (1). У складу са тиме дефинисао је 4 врсте суицида (145, 167):

1. *Егоистички* - односи се на особе које су недовољно интегрисане у било коју друштвену групу; објашњава већу учесталост суицида код самаца, становника урбаних средина и старих особа са slabим породичним комуникацијама (256).

2. *Алтруистички* - настаје као последица прејакe интеграције у заједници; типични су суициди болесних родитеља како би заштитили своју децу (248).

3. *Аномички* - објашњава се слабљењем регулаторних механизма у друштву или заједници. Чешћа су у кризним ситуацијама и ситуацијама економске и социјалне нестабилности које доводе до драстичних промена у начину живота појединаца (128).

4. *Фаталистички* - у заједници владају прејакa регулаторна правила која често доводе до репресије. Појединац може да доживљава менталну пресију или физичко малтретирање. Ови суициди су честа код затвореника и жена у браку изложених рестрикцијама и злостављању од стране супруга (6).

Durkheim-ово учење је 1967. године у својој књизи „The Social Meanings of Suicide“ критиковао амерички социолог Jack Douglas (90). Он је сматрао да се Durkheim сувише ослањао на званичну статистику која је често погрешна. По њему високо интегрисане групе знатно чешће од ниско интегрисаних прикривају случајеве суицида (90). Такође родбина или пријатељи умрлог често скривају опроштајна писма која су најбоља потврда узрока суицида (291). Douglas је велики значај дао мртвозорницима чији би задатак био да изврше комплетну реконструкцију суицида (90).

На недостатке Durkheim-ове теорије и нетачност званичних извештаја о суициду указао је 1978. године и John Maxwell Atkinson у својој књизи „Discovering Suicide“ (19). Његова препорука је да приликом анализе суицида мртвозорник мора

да прати четири релевантна трага: постојање опроштајног писма, начин извршења суицида, локацију и пратеће околности и биографију преминулог (44).

1.4.3.3. Психолошке теорије

Психоаналитичка теорија

Творац класичне *психоаналитичке теорије*, аустријски психијатар Sigmund Freud (1856-1939) је у свом делу „Жалост и меланхолија“ („Mourning and Melancholia“) из 1917. године описао механизам суицида након губитка вољене особе (147). Наиме код појединих особа након губитка вољеног објекта уместо нормалног туговања долази до стања меланхолије (147). Оне се осећају опустошено, сажалевају саме сабе и сматрају се кривим за настали губитак. Не желећи да прихвате реалност себе поистовећују са том особом, развијајући амбивалентни его. Љутњу, мржњу и агресију коју би усмерили према вољеној особи зато што их је „напустила“ усмеравају према себи уз велику склоност ка самоповређивању, суицидалном понашању и суициду (47).

У свом даљем раду Freud је анализу суицида базирао на постојању два основна инстинкта у човеку: инстинкт живота - ерос и инстинкт смрти - танатос (187). Инстинкт живота значајан је за очување живота и људске врсте. Његова основна енергија - либидо је углавном усмерена ка задовољењу сексуалних нагона, али условљава и различита креативна и просоцијална понашања (64). Инстинкт смрти је разарачки инстинкт чије су основне манифестације негативност, агресивност, деструктивност и склоност ка мржњи, убиству и суициду (64). Сам живот представља непрестану борбу између ова два нагона, при чему углавном преовладава ерос (142). У случајевима преовладавања танатоса долази до агресије и насиља. Ова деструктивна енергија, усмерена према себи самоме може довести до самоповређивања и суицида.

Полазећи од неспорне чињенице да је биолошки крај сваког живота смрт, Freud је у свом делу „С оне стране принципа задовољства“ („Beyond the Pleasure Principle“) из 1920. године дао тумачење да је циљ сваког живота смрт. Код сваког човека постоји несвесна жеља за смрћу односно тежња да се живи, органски процеси врате у стабилни неоргански облик из кога је човек и настао (142).

Следбеник школе психоанализе, амерички психијатар Karl Menninger (1893–1990) разрадио је Freud-ово учење о суициду. У свом делу “Човек против себе самог” („Man against Himself“) из 1938. године приказао је суицид као инверзију убиства наводећи да су за његову реализацију неопходна три основна елемента: жеља да се убије, да се буде убијен и жеља да се умре (34).

Когнитивна теорија

Когнитивна теорија чији је творац амерички психијатар Aaron Beck (27) заснована је на премиси да кроз међусобну интеракцију наше мисли утичу на наша осећања и наше понашање. Уколико код особе постоји упорно негативно мишљење о себи или својим искуствима, могу настати поремећаји у смислу депресије и безнађа (306). У склопу депресије се развија когнитивни тријаз (негативни поглед на себе, окружење и будућност) који утиче на свакодневни живот особе (26, 27). Бихевиорални фактори као што су смањене редовних активности и повлачење из живота такође погоршавају депресију.

Временом, осећај кривице уз самокритику и скучен, негативан поглед на себе и свој положај у окружењу, заједно са генерализацијом проблема и осећајем безнађа намећу осећај безизлазне позиције без жеље за наставак борбе за живот и уз размишљање о суициду као једином могућем излазу (34).

Мултидимензионални приступ

Edwin Shneidman чувени амерички суицидолог у жижу суицида поставио је стање тешког психичког бола, односно патње коју је означио неологизмом „Psychache“ (264). По њему суицид је искључиво људски одговор на екстремну психичку патњу. Праг толеранције за психички бол је индивидуалан тако да су и реакције појединаца на трауматичне догађаје различите. У случајевима када психолошки бол прерасте у интензивну патњу, односно стање безнађа из кога особа не види излаз, суицид представља „психолошку слободу“ (слобода од бола, кривице, стида и одбацивања) (264).

1.4.4. Фактори ризика за суицид

Фактори ризика за суицид су карактеристике и стања везана за појединца, а која повећавају ризик за дешавање тог суицида.

1.4.4.1. Демографски фактори

Бројне студије указују на повећани ризик за покушај суицида или суицид када коегзистирају демографски фактори (пол, године старости, раса, религија, брачни статус, степен образовња и социоекономски статус). Високи ризик за суицид представља комбинација: мушки пол, адолесценти или старије особе и лош социоекономски статус, а за покушај суицида: младе женске особе, низак ниво образовања и нерешен брачни и радни статус (24, 191, 206). Карактеристике суицидалности код мушкараца су и употреба више смртоносних метода покушаја суицида, већа агресивност и израженија намера за јавно извршење суицида.

1.4.4.2. Психијатријски поремећаји

Схизофренија и афективни поремећаји представљају снажан фактор ризика за суицид (18). Код око 90% особа које изврше суицид дијагностикује се неки психијатријски поремећај (206). Посебно висока учесталост суицида код психијатријских болесника се региструје у првој години након прве хоспитализације (210). Међу пацијентима са шизофренијом њих 5-10% изврши суицид, при чему је највећи ризик код младих особа и старијих од 70 година (224, 225). При томе највећи ризик за суицид је током првих десет година ове болести (235). Истраживања на узорцима болесника са афективним поремећајима показала су да је ризик од суицида већи код биполарних поремећаја у односу на униполарне. (210).

Поред ових значајних психијатријских обољења на појачан ризик за суицид могу утицати и импулсивност, агресивност, агитираност, незнађе, анксиозност и напади панике (10).

1.4.4.3. Алкохол и болести зависности

Иако заступљеност поремећаја изазваних употребом алкохола варира између различитих друштвених и етничких група у многим земљама представљају један од најчешћих менталних поремећаја. У комбинацији са психоактивним супстанцама и коморбидитету са болестима зависности и психијатријским

обољењима значајно доприноси повећању глобалног морбидитета и морталитета (116).

1.4.4.4. Поремећаји личности

Поремећаји личности, посебно када су удружени са депресијом, анксиозношћу и коришћењем алкохола и наркотика представљају значајан фактор ризика за суицидално понашање и суицид. Анализа 50 студија из 24 државе показала је да 27.5% младих, хоспитализованих због самоповређивања има неки од поремећаја личности (124).

1.4.4.5. Соматска обољења

Соматска обољења, на првом месту: малигни тумори, ХИВ инфекција, мождани удар, коронарна обољења, делиријум, повреде мозга и мултипла склероза су у бројним епидемиолошким студијама означени као узрок повишеног ризика за суицид (303).

1.4.4.6. Поремећаји исхране

Поремећаји исхране (*Anorexia nervosa* и *bulimia nervosa*) су углавном карактеристични за младе. Често су удружени са депресијом, тако да је код анорексичних девојака ризик од суицида десетак пута већа (у неким студијама до 20 пута већи) него код девојчица уопште (17).

1.4.4.7. Социјални и средински фактори

Овој групи фактора припадају животне трауме и негативни животни догађаји. Насиље, физичко, психичко и сексуално злостављање, виктимизација и малтретирање у школи или на радном месту, као и трауме из детињства због живота у дисфункционалним породицама са емотивно поремећеним или ментално болесним родитељима су ризичне ситуације за суицид (162).

Негативни животни догађаји, међу којима су најзначајнији проблеми на

послу, неслога у породици, соматске болести, финансијски проблеми, незапосленост, развод, смрт члана породице и болест у породици у бројним студијама се повезују са суицидом (178).

1.4.5. Покушај суицида као фактор ризика

Покушај суицида је најјачи и најуниверзалнији познати фактор ризика за суицид. Ризик од суицида након претходног покушаја је и до 40 пута већи од очекиване стопе при чему је опасност од реализације суицида генерално највећа у првој години (а посебно у прва три месеца) након покушаја суицида (31, 279). Од оних који су покушали суицид 10-50% ће поновити покушај, а око 10% га на крају и изврши (246). Код поновљених покушаја суицида се углавном користе леталнији начини покушаја суицида тако да већи број покушаја суицида свакако представља јачи степен ризика у односу на појединачни покушај суицида.

Мотиви за покушај суицида могу бити по типу протеста, избегавања „безизлазне“ ситуације, самокажњавања и „одласка“ из живота, али свакако је најчешћи „позив у помоћ“ или како га је Stengal назвао „апел-феномен“ (56, 270). У случају овог мотива особа која покушава суицид шаље особама у свом окружењу последњи апел за помоћ тако да у самом чину покушаја суицида постоје истовремено две тенденције: тежња за смрћи и апел за помоћ за опстанак у животу (91).

Покушај суицида треба разликовати од несуицидалног самоповређивања код кога особа свесно и директно наноси себи повреде али без намере да оне доведу до смртог исхода (209). Ово понашање се у литератури означава и као парасуицид и манифестује се сечењем коже, самоударањем, гребањем, енуклеацијом орбите, ампутацијом делова екстремитета и др (99; 291). Код особе које се често излажу овом начину самоповређивања постоји висок ризик за покушаја суицида (48, 99, 222).

1.4.6. Предвиђање суицида

Предвиђање суицида представља велики клинички изазов. Процена ризика од суицида треба да обухвати постављање психијатријске дијагнозе, детаљну

процену демографских карактеристика и актуелне стрес факторе. Наводи појединих аутора да је свега 30% пацијената пре покушаја суицида открило своје суицидалне идеје (148), да велика већина појединаца која је пријавила суицидалне идеје никада не покуша суицид (81), као и да пацијенти значајно чешће пријављују присуство суицидалних идеја приликом самосталног попуњавања упитника у односу на директан разговор лекар - пацијент (51), намећу неопходност коришћења дијагностичких алата за процену актуелног менталног стања пацијената и ризика за суицид.

Најчешће коришћене скале за процену суицидности су (88, 180):

- Векове скале:
 - Скала суицидалне идеације (SSI; Scales for Suicide Ideation) и
 - Бекова скала безнадежности (BHS; Beck Hopelessness Scale);
- Модификована скала суицидалне идеације (MSSI; Modified Scale for Suicide Ideation);
- Скала суицидалне интенције - намере (SNS; Suicidal Intent Scale);
- Позитивна и негативна суицидална идеација (PANSI; Positive and Negative Suicide Ideation);
- Колумбија – каластепена озбиљности суицида (C-SSRS; Columbia Suicide Severity Rating Scale);
- Инвентар разлога за живљење – (RFL; Reasons for Living Inventory) и
- Скала вероватности суицида - (SPS; Suicide Probability Scale).

Почетна идеја твораца свих ових скала и упитника била је да се конструише мерни инструмент који ће имати високу предиктивну моћ. Међутим, бројна истраживања су довела до закључка да не постоји „златни стандард“ у предикцији суицида, тако да је неопходан квалитетан дијагностички интервју и примена прилагођених алата који се фокусирају на општеприхваћеним ставовима о суицидалним идејама и социодемографским варијацијама (111).

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Основни циљеви истраживања су:

- 1) Анализа начина покушаног суицида са степеновањем озбиљности за летални исход – реализовани суицид;
- 2) Компарација начина покушаног суицида као и озбиљности ризика по летални исход између две групе пацијената: групе схизофрених пацијената и пацијената са афективним поремећајима тј. са депресијом.

Споредни циљ истраживања је:

- 1) Предлагање мера превенције и евентуалне терапијске схеме сходно заступљености начина покушаног суицида.

2.1. Радне хипотезе

- 1) Очекује се да већи број покушаја суицида имају млађи пацијенти, самци, незапослени и они са већим бројем хоспитализација.
- 2) Смртоноснији тј. леталнији начини покушаја суицида као што су ватрено оружје, скок са висине и вешање, представљају предикторе за понављање покушаја и континуираност суицидалног понашања.
- 3) Предпоставља се да постоји разлика по начину покушаног суицида у смислу избора леталнијег начина међу истраживаним групама схизофрених пацијената и пацијената са афективним поремећајима тј. депресијом.

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1. Врста студије

Студија је по свом дизајну ретроспективна односно студија пресека. Скрининг пацијената укључених у ово истраживање је обављен увидом у медицинску документацију лечених у петипогодишњем временском периоду. Из документације су коришћени унети подаци у историјама болести хоспитализованих при самом пријему на лечење и они који су допунски унешени током те хоспитализације.

3.2. Место и време истраживања

Истраживање је спроведено у Клиници за психијатријске болести „ Др Лаза Лазаревић“ Београд ретроспективним увидом у медицинску документацију. Студија пресека обухватила је период од првог јануара 2009. године до првог маја 2014. године.

Пацијенти укључени у ову студију су из две категорије психијатријских поремећаја (схизофрених и афективних), а хоспитализовани су због покушаја суицида односно неуспелог суицида. Укупно их је у истраживање укључено 400 и то 200 схизофрених и 200 са дијагнозом афективног поремећаја односно депресије. Сви пацијенти укључени у студију су хоспитализовани на одељења Клинике за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“.

3.3. Формирање узорка и инструменти истраживања

Популацију у овој истраживачкој студији чине пацијенти са дијагнозом схизофреније (Ф 20.0 – Ф 20.9) и дијагнозом афективних поремећаја тј. са постављеном дијагнозом велика депресивна епизода (униполарна депресија) и рекурентна депресија (Ф 32.0 - Ф32.9 и Ф 33.0 - Ф 33.9). Дијагнозе су постављене према критеријумима МКБ-10 класификације (280).

Сви пацијенти укључени у истраживање су примљени у Клинику за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у Београду након неуспелог суицида тј. покушаја суицида (*tentamen suicidi*). Информисана сагласност за истраживање и

коришћење медицинске документације уз чување анонимности пацијената добијена је од директора клинике и етичког одбора клинике.

Испитивани узорак сачињавају пацијенти оба пола, старосног доба од 18 до 65 година. Ретроспективни увид у документацију - историје болести, реализован је за период од 01.01.2009. године до 01.05.2014. године, дакле укупно 64 месеци у шест календарских година.

Пацијенти са суицидалним покушајима су подељени у две студијске групе, а три дијагностичке категорије: шизофренија Ф 20 њих 200, велика депресивна епизода Ф 32 (униполарна депресија) 100 пацијената и рекурентни депресивни поремећај Ф 33 такође 100 пацијената.

Критеријуми за укључивање хоспитализованих у ово истраживање су:

- Дијагностичке категорије Ф 20, Ф 32 и Ф 33 примљени на лечење у клинику после покушаног суицида;
- Животно доба од 18 до 65 година и
- Заступљеност оба пола.

Критеријуми за искључивање из истраживања су пацијенти из других дијагностичких категорија и пацијенти код којих паралелно постоје други дијагностички ентитети као што су болести зависности или соматска обољења. Критеријуми за искључивање из ове студије су и постојање других неуропсихијатријских обољења посебно: епилепсије и примарне или секундарне слабоумности.

За потребе овог истраживања конструисан је посебан упитник са демографским подацима и упитник о клиничком стању за сваког пацијента посебно.

3.4. Варијабле истраживања

Варијабле које су анализирани у овој студији, а опредељују претпостављене факторе и разлоге ризика за покушани суицид су:

- начин покушаног суицида,
- животно доба,

- пол,
- образовање,
- радни статус,
- брачни статус,
- остварено родитељство,
- могући хередитет (суицидалност и психијатријско обољење у породичној анамнези),
- дијагностичке категорије схизофрених и афективних поремећаја, по МКБ-10 међународној класификацији болести, десета ревизија: Ф 20 – схизофренија, Ф 32 - велика депресивна епизода (униполарна депресија) и Ф 33 - рекурентни депресивни поремећај,
- дужина трајања болести,
- ранији покушаји суицида,
- вид хоспитализације,
- укупан број хоспитализација,
- песимизам и
- агресивно понашање.

3.5. Примењене статистичке методе при обради добијених података у истраживању

Датотека података прикупљених клиничким истраживањем формирана је у статистичком програму SPSS15 уз помоћ којег су подаци анализирани. Резултати су приказани табеларно и графички.

За анализу примарних података коришћене су дескриптивне статистичке методе, методе за тестирање статистичких хипотеза, методе за испитивање зависности и методе за анализу односа исхода и потенцијалних предиктора. Од дескриптивних статистичких метода коришћене су мере централне тенденције (аритметичка средина, медијана), мере варијабилитета (стандардна девијација) и релативни бројеви (показатељи структуре). Од метода за тестирање статистичких хипотеза коришћени су: т-тест, хи-квадрат тест, Mann-Witney тест и Kruskal-Wallis тест. Од метода за анализу зависности употребљен је Спирманов коефицијент

корелације ранга. Од метода за анализу односа бинарних исхода и потенцијалних предиктора коришћена је логистичка регресија.

Статистичке хипотезе су тестиране на нивоу статистичке значајности (алфа ниво) од 0,05.

3. 6. Етичност истраживања и одобрења

Етички одбор Клинике за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“, Београд одобрио је ово истраживање Одлуком бр. 07-2744/1 од 16. 04. 2014. године.

Подаци, добијени истраживањем, су заштићени и доступни само истраживачу тако да права испитаника нису ниједним поступком угрожена. Етички одбор клинике је у складу са сврхом и значајем истраживања одобрио ретроспективни увид у медицинску документацију клинике у траженом временском периоду од 64 месеца.

4. РЕЗУЛТАТИ

Током 64 месеца истраживање је спроведено у Клиници за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“ у Београду, ретроспективним увидом у медицинску документацију. Дакле спроведена је студија пресека за временски период од 01.01.2009. до 01.05.2014. године. Укључивање испитаника је вршено на дан пријема. Испитаници, укључени у ову студију, су из две категорије психијатријских поремећаја (схизофрених и афективних). Сви су хоспитализовани после неуспелог покушаја суицида.

Популацију испитаника у овом истраживању чинило је 400 пацијената подељених у две истраживане групе које су истовремено једна другој контролна група.

Прву експерименталну групу чинило је 200 испитаника који су неуспешно покушали суицид, а лечени су под дијагнозом схизофренија (F20).

Другу експерименталну групу чинило је такође 200 испитаника хоспитализованих после неуспешног покушаја суицида, а лечени су као дијагностичка категорија афективни поремећаји, и то 100 испитаника са дијагнозом униполарна депресија – велика депресивна епизода (F32) и такође 100 испитаника под дијагнозом рекурентна депресија (F33).

Дијагнозе за свих 400 испитаника укључених у истраживање постављене су према критеријумима МКБ–10, класификације СЗО из 1992. године.

Истраживање је највећим делом било ретроспективно, а мањим делом клиничко и аналитичко. Скрининг пацијената обављен је у дану пријема из наведене две дијагностичке категорије, а начин неуспелог покушаја суицида и ранији покушаји су утврђивани током хоспитализације.

Демографске и опште катактеристике испитаника у овом истраживању као што су животно доба, пол, образовање, радни статус, брачни статус, дужина трајања болести, дијагноза – дијагностичке категорије, укупан број хоспитализација, податак о хередитету, ранији покушаји суицида, песимизам и импулсивно понашање прикупљене су за потребе овог истраживања анамнестички и хетероанамнестички или су преузете из садашње и/или ранијих историја болести.

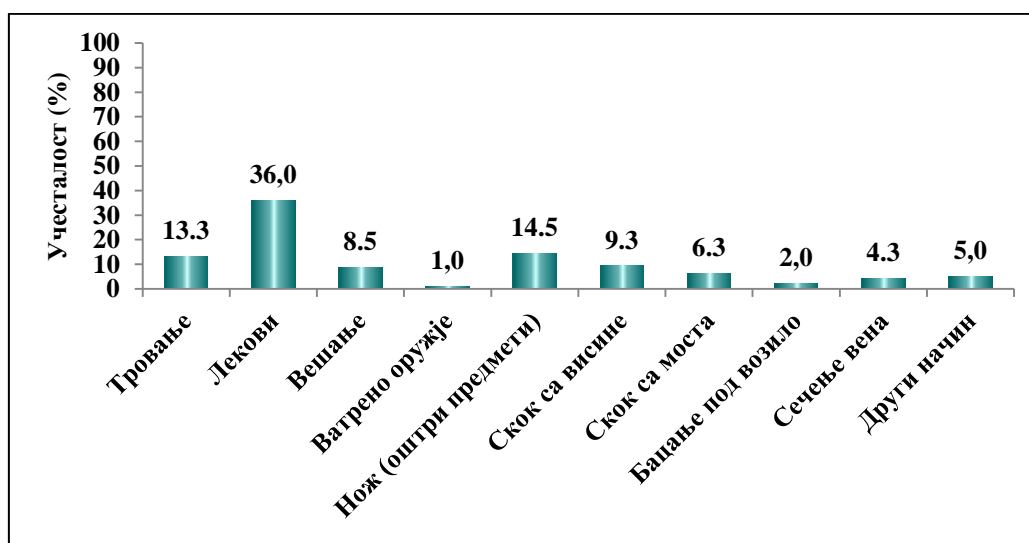
4.1. Начини покушаја суицида

Код свих 400 испитаника, по 200 њих из обе дијагностичке категорије, укључених у истраживање утврђено је 10 начина покушаног, а неуспелог суицида.

Табела 1 – Дистрибуција испитаника према начину покушају суицида

| НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | N | % |
|------------------------|------------|--------------|
| Тровање | 53 | 13,3 |
| Лекови | 144 | 36,0 |
| Вешање | 34 | 8,5 |
| Ватрено оружје | 4 | 1,0 |
| Нож (оштри предмети) | 58 | 14,5 |
| Скок са висине | 37 | 9,3 |
| Скок са моста | 25 | 6,3 |
| Бацање под возило | 8 | 2,0 |
| Сечење вена | 17 | 4,3 |
| Други начин | 20 | 5,0 |
| УКУПНО | 400 | 100,0 |

Учесталост избора начина неуспелог суицида код свих 400 испитаника без обзира на дијагностичку категорију пацијената укључених у истраживање приказана је у Табели 1.



Графикон 1 – Дистрибуција испитаника према начину покушају суицида

Најчешћи начин неуспешног покушаја суицида било је узимање веће количине лекова, утврђено код 144 или 36,0% испитаника (Графикон 1). У приближно једнаком проценту забележили смо покушаје суицида коришћењем ножа или других оштрих предмета и тровања (14,5% односно 13,3%), као и скок са висине (9,2%) и вешање 8,5%).

Најмањи број испитаника је неуспешно покушао суицид употребом ватреног оружја и то свега 4 (1,0%) њих.

Начине покушаног суицида смо у истраживачке сврхе, према актуелно прихваћеним стандардима у свету, поделили у две групе:

- *Више летални начини покушаног, а неуспелог суицида* - неуспели покушај суицида вешањем, упуцавањем из ватреног оружја и скоком са висине;
- *Мање летални начини покушаног, а неуспелог суицида:* тровање, узимање веће количине лекова, наношење повреда ножем (оштрим предметима), скок са моста у реку, бацање под возило у кретању, сечење вена и други начини као што су самоспаљивање, неузимање хране и др.

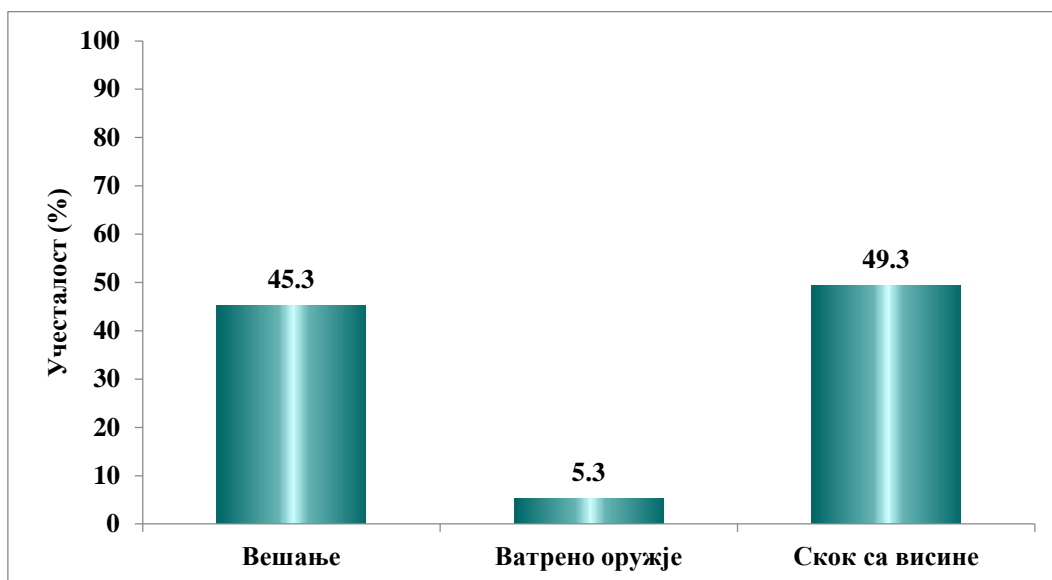
Више леталан начин покушаја суицида одабрало је 75 (18,8%) испитаника, док је мање леталан начин покушаја одабрало 325 (81,2%) (Табела 2).

Табела 2 – Дистрибуција испитаника према степену леталитета покушаја суицида

| ЛЕТАЛИТЕТ ПОКУШАЈА СУИЦИДА | N | % |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| Више леталан | 75 | 18,8 |
| Мање леталан | 325 | 81,2 |
| УКУПНО | 400 | 100,0 |

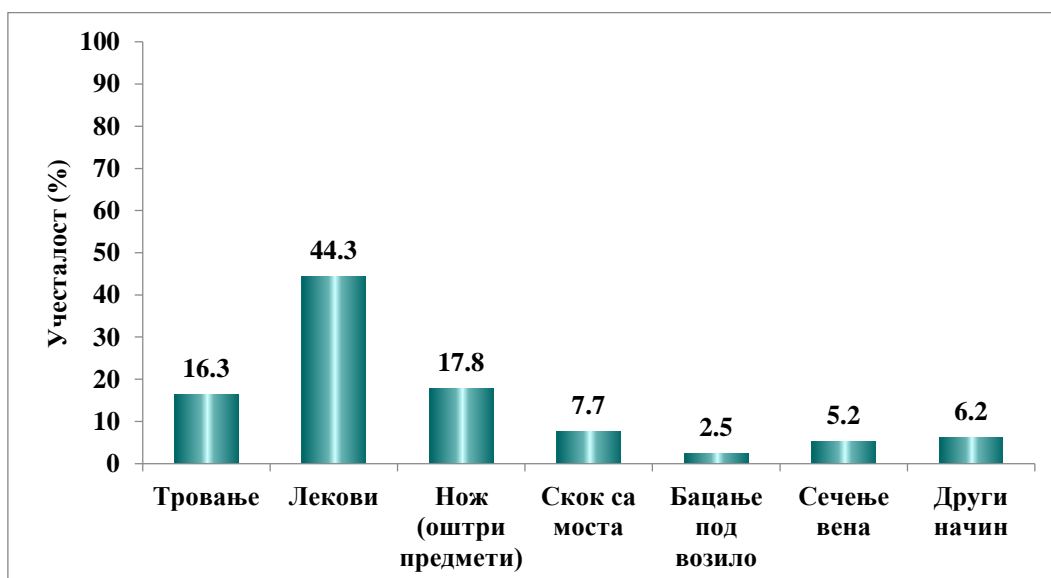
Од 75 испитаника који су бирали више леталан начин покушаног суицида њих 37 (49,3%) се определило за скок са висине, 34 (45,3%) за вешање, а суицид ватреним оружјем неуспешно је покушало само 4 (5,3%) испитаника.

На графикону 2 дат је приказ у процентима испитаника који су неуспешно покушали суицид избором више леталног начина.



Графикон 2 – Дистрибуција испитаника према врсти више леталног начина покушаја суицида

Испитаници који су изабрали мање леталан начин покушаја суицида најчешће су се определили за тровање лековима и то 144 (44,3%) њих. Најмањи број испитаника из ове групе је изабрало бацање под возило у кретању, као начин неуспешног покушаја суицида, и то само њих 8 (2,5%) (Графикон 3).



Графикон 3 – Дистрибуција испитаника према врсти мање леталног начина покушаја суицида.

4.2. Демографске и опште карактеристике испитаника

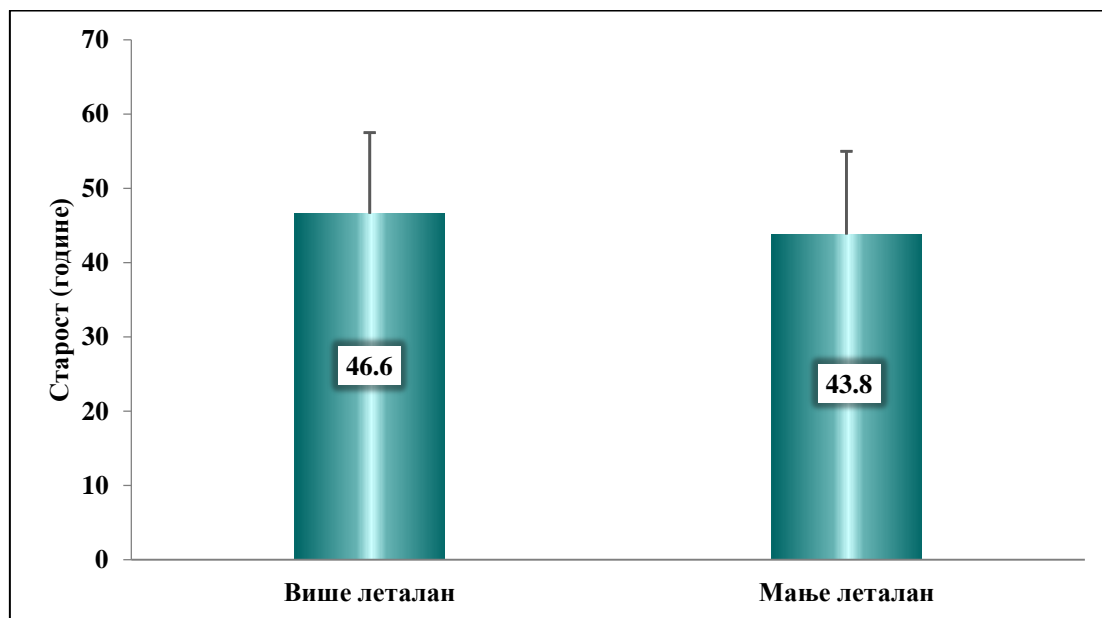
4.2.1. Животно доба

Просечна старост свих 400 испитаника укључених у истраживање била је $44 \pm 11,2$ године с тим што је најмлађи испитаник имао 18, а најстарији 65 година (Табела 3).

Табела 3 – Животно доба испитаника у односу на изабрани степен леталитета при покушају суицида

| НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | ЖИВОТНО ДОБА | | | | | |
|------------------------------|--------------|-----------|------|------|------|------|
| | N | \bar{x} | SD | MED | min | max |
| Више леталан | 75 | 46,6 | 10,9 | 49,0 | 18,0 | 64,0 |
| Мање леталан | 325 | 43,8 | 11,2 | 45,0 | 18,0 | 65,0 |
| УКУПНО | 400 | 44,3 | 11,2 | 46,0 | 18,0 | 65,0 |

Просечна старост испитаника који су се определили за више леталан начин



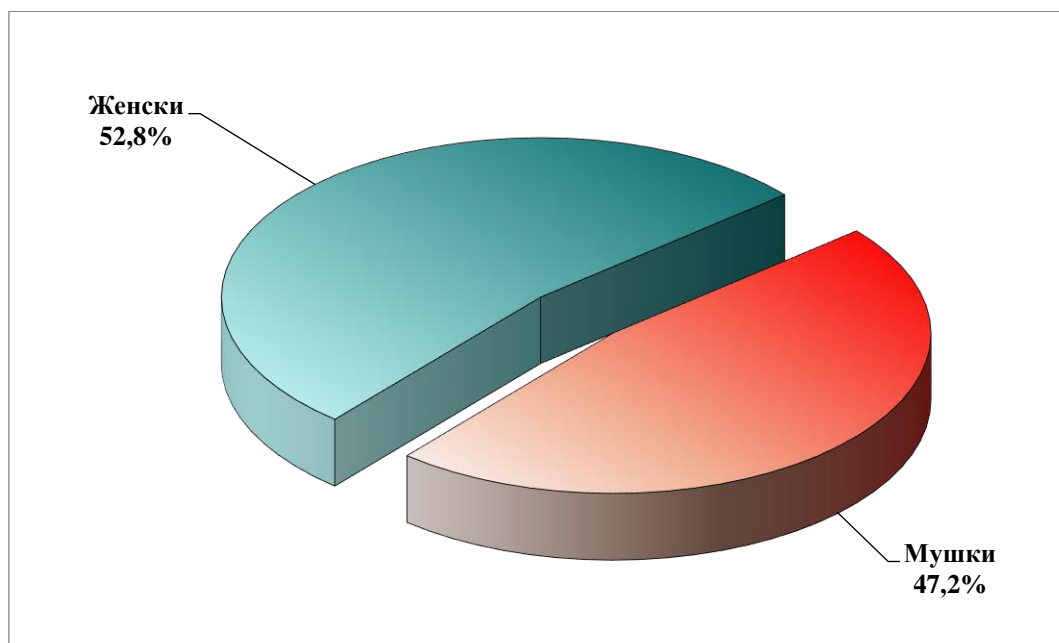
Графикон 4 – Просечна старост испитаника у односу на степен леталитета начина покушаја суицида

неуспелог покушаног суицида износила је $46,6 \pm 10,9$ година. Код 325 испитаника који су бирали мање леталан начин неуспелог покушаја суицида просечна старост је износила $43,8 \pm 11,2$ године.

Постоји статистички значајна разлика у просечној старости у односу на начин покушаја суицида ($t=1,973$; $p=0,049$). Испитаници који су покушали више леталан начин суицида су значајно старији (Графикон 4).

4.2.2. Пол

Од свих испитаника укључених у истраживање, мушког пола било је 189 (47,2%) а женског 211 (52,8%) (Графикон 5).



Графикон 5 – Дистрибуција испитаника према полу

Међу испитаницима мушког пола више леталан начин покушаја суицида изабрало је њих 46 (24,3%) а мање леталан 143 (75,7%). Код испитаница женског пола више леталан начин покушаја суицида изабрало је 29 (13,7%) испитаница, а мање леталан 182 (86,3%) (Табела 4).

Постоји статистички значајна разлика у учесталости пола у односу на начин

Табела 4 – Дистрибуција полне припадности испитаника у односу на степен леталитета покушаја суицида

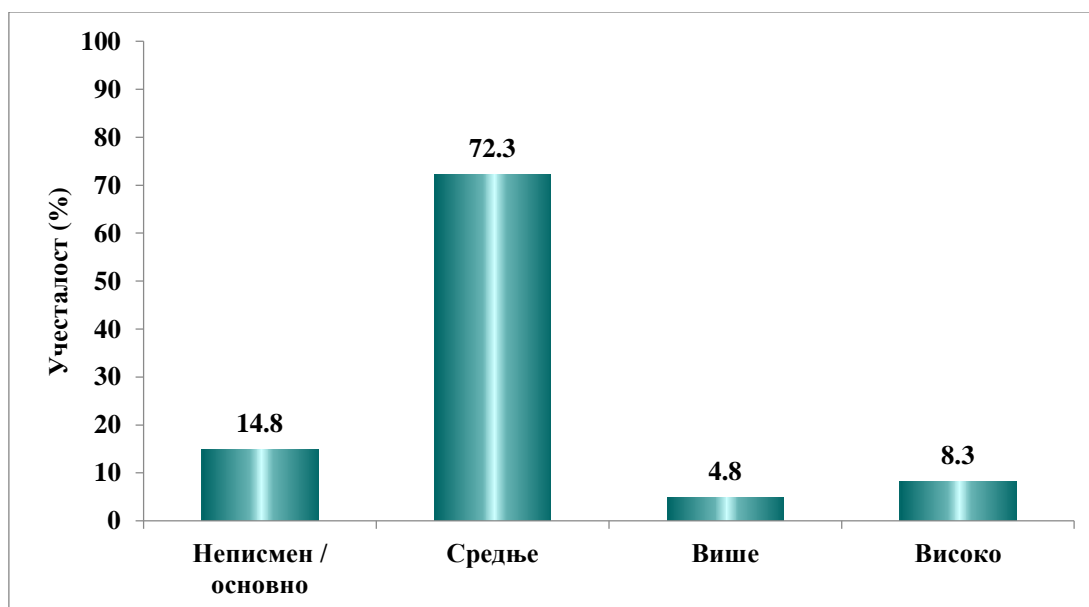
| ПОЛ | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|---------------|------------------------|-------------|--------------|-------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Мушки | 46 | 24,3 | 143 | 75,7 |
| Женски | 29 | 13,7 | 182 | 86,3 |
| УКУПНО | 75 | 18,8 | 325 | 81,3 |

$$\chi^2 = 7,346; p = 0,007$$

покушаја суицида ($\chi^2 = 7,346; p = 0,007$).

4.2.3. образовање

Највећи број испитаника укључених у истраживање, њих 289 (72,3%) је имао образовање средњег степена. Испитаника са вишим степеном образовања који су покушали суицид је било најмање, 19 или 4,8% (Графикон 6).



Графикон 6 - Дистрибуција испитаника према степену образовања

Обе групе испитаника, и она са више леталним, као и она са мање леталним начином покушаја суицида, најчешће су имали средње образовање (68,0% према

Табела 5 – Степен образовања испитаника у односу на степен леталитета покушаја суицида

| ОБРАЗОВАЊЕ | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Неписмен/основно | 12 | 16,0 | 47 | 14,5 |
| Средње | 51 | 68,0 | 238 | 73,2 |
| Више | 4 | 5,3 | 15 | 4,6 |
| Високо | 8 | 10,7 | 25 | 7,7 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 325 | 100,0 |

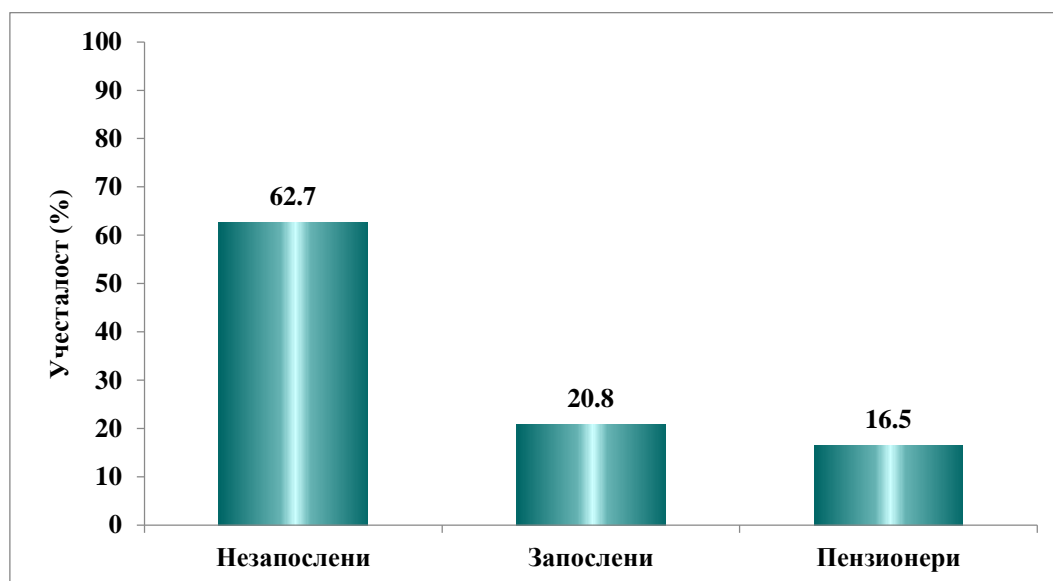
U=11957,0; p=0,745

73,2%, респективно) (Табела 5).

Не постоји статистички значајна разлика у степену образовања у односу на начин покушаја суицида (U=11957,0; p=0,745).

4.2.4. Радни статус

У односу на радни статус, испитаници укључени у истраживање најчешће су били незапослени (62,7%).



Графикон 7 - Дистрибуција испитаника према радном статусу

У односу на радни статус, испитаници са више или мање леталним начином покушаја суицида најчешће су били незапослени (68,0% према 61,5%, респективно) (Табела 6).

Табела 6 – Радни статус испитаника у односу на степен леталитета покушаја суицида

| РАДНИ СТАТУС | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|---------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Незапослени | 51 | 68,0 | 200 | 61,5 |
| Запослени | 14 | 18,7 | 69 | 21,2 |
| Пензионери | 10 | 13,3 | 56 | 17,2 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 325 | 100,0 |

$\chi^2=1,160$; $p=0,560$

Не постоји статистички значајна разлика у учесталости категорија радног статуса у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=1,160$; $p=0,560$).

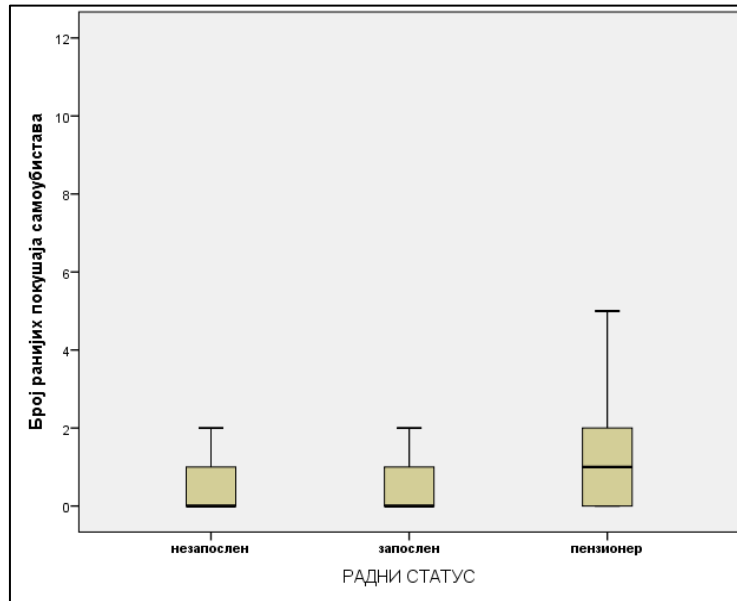
Медијана броја покушаја суицида код незапослених износи 0,0 (опсег, 0,0-12,0), код запослених износи 0,0 (опсег, 0,0-5,0), док је код пензионера 1,0 (опсег, 0,0-7,0), што представља статистички значајну разлику ($\chi^2=10,614$; $DF=2$; $p=0,005$) (Табела 7).

Табела 7 – Број покушаја суицида у односу на радни статус свих испитаника у истраживању

| РАДНИ СТАТУС | БРОЈ ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | | | |
|--------------|-----------------------|--------|-----|-----|-----|------|
| | N | x ;̄ | SD | MED | min | max |
| Незапослен | 251 | 0,9 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 12,0 |
| Запослен | 83 | 0,8 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 5,0 |
| Пензионер | 66 | 1,5 | 1,6 | 1,0 | 0,0 | 7,0 |

$\chi^2=10,614$; $DF=2$; $p=0,005$

Статистички значајна разлика у броју покушаја суицида постоји између пензионера и незапослених ($p=0,002$) и пензионера и запослених ($p=0,005$), док

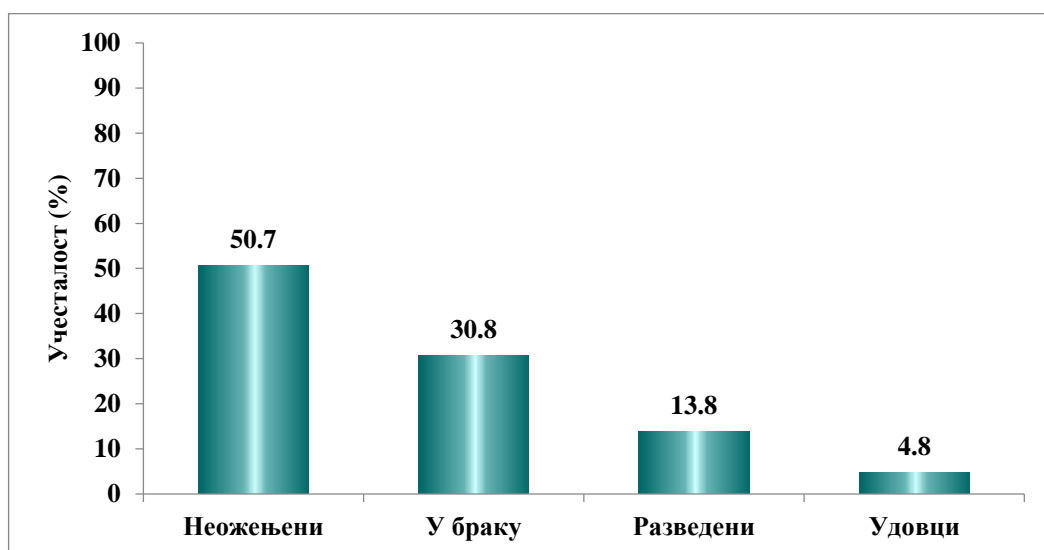


Графикон 8 – Број ранијих покушаја суицида у односу на радни статус свих испитаника у истраживању

не постоји статистички значајна разлика између незапослених и запослених ($p=0,869$) (Графикон 8).

4.2.5. Брачни статус

У односу на брачни статус, испитаници укључени у истраживање најчешће нису били у браку (50,7%) (Графикон 9).



Графикон 9 - Дистрибуција испитаника према брачном статусу

У односу на брачни статус, испитаници са више или мање леталним начином

Табела 8 – Брачни статус испитаника у односу на степен леталитета покушаја суицида

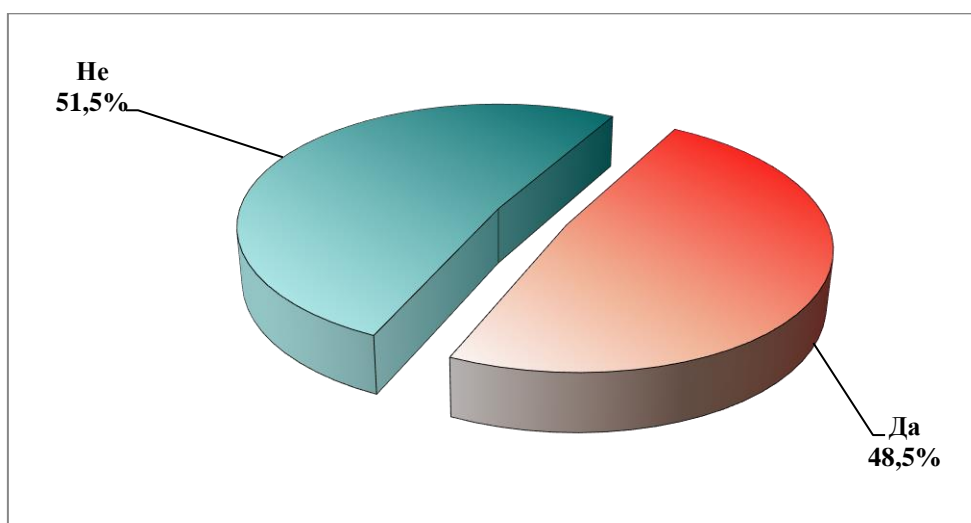
| БРАЧНИ СТАТУС | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Неожењен/а | 35 | 46,7 | 168 | 51,7 |
| У браку | 25 | 33,3 | 98 | 30,2 |
| Разведен/а | 12 | 16,0 | 43 | 13,2 |
| Удовац/ица | 3 | 4,0 | 16 | 4,9 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 325 | 100,0 |

$\chi^2=0,953$; $p=0,813$

покушаја суицида најчешће нису били у браку (46,7% према 51,7%, респективно) (Табела 8). Не постоји статистички значајна разлика у учесталости брачног статуса у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=0,953$; $p=0,813$).

4.2.6. Остварено родитељство

Од свих испитаника укључених у истраживање остварено родитељство имало је њих 194 (48,5%) (Графикон 10).



Графикон 10 - Дистрибуција испитаника према оствареном родитељству

Родитељство је остварило 50,7% испитаника са више леталним начином покушаја суицида и 48,0% са мање леталним начином покушаја суицида (Табела 9).

Табела 9 – Остварено родитељство испитаника у односу на степен леталитета покушаја суицида

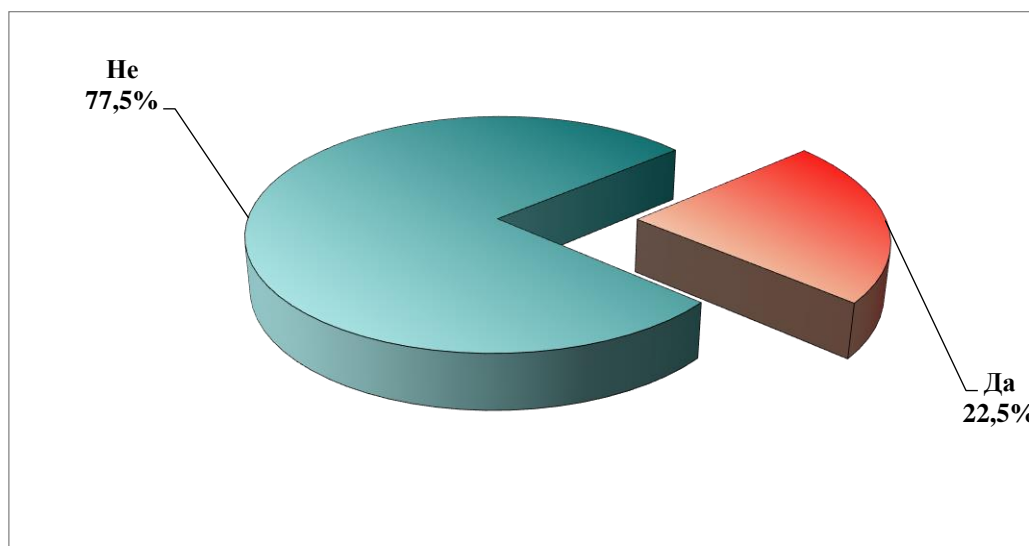
| ОСТВАРЕНО РОДИТЕЉСТВО | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Да | 38 | 50,7 | 156 | 48,0 |
| Не | 37 | 49,3 | 169 | 52,0 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 325 | 100,0 |

$\chi^2=0,173$; $p=0,677$

Не постоји статистички значајна разлика у учесталости оствареног родитељства у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=0,173$; $p=0,677$).

4.2.7. Могући хередитет

Могући хередитет утврђен је код укупно 90 (22,5%) испитаника укључених у истраживање (Графикон 11).



Графикон 11 - Дистрибуција испитаника према хередитету

Међу испитаницима који су суицид покушали више леталним начином могући хередитет је утврђен код њих 28,0%, а међу онима са мање леталним начином покушаја суицида 21,2% (Табела 15).

Табела 10 – Дистрибуција испитаника према хередитету у односу на степен леталитета покушаја суицида

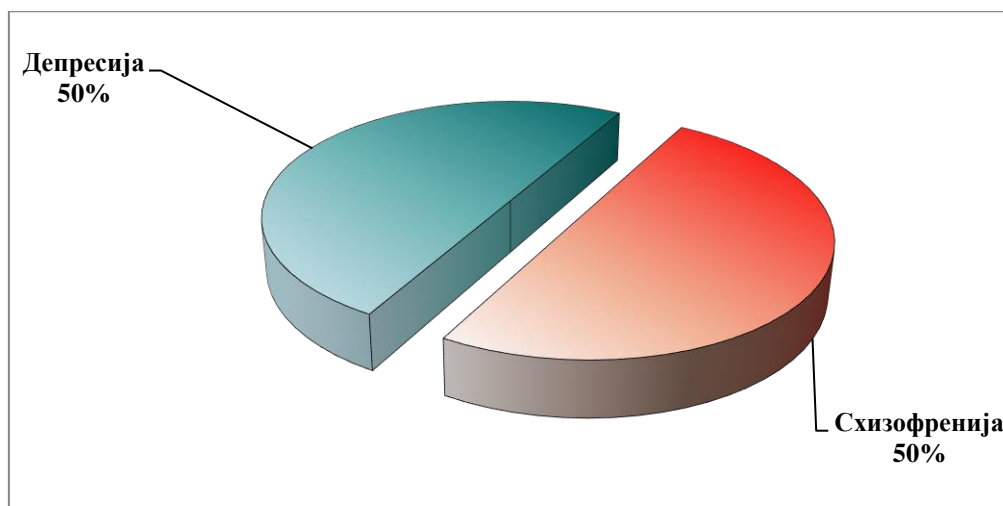
| ХЕРДИТЕТ | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|---------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Да | 21 | 28,0 | 69 | 21,2 |
| Не | 54 | 72,0 | 256 | 78,8 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 325 | 100,0 |

$\chi^2=1,601$; $p=0,206$

Не постоји статистички значајна разлика у учесталости могућег хередитета у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=1,601$; $p=0,206$).

4.2.8. Основно психијатријско обољење

Од свих испитаника укључених у истраживање 200 (50,0%) је имало



Графикон 12 - Дистрибуција испитаника према основној дијагнози

дијагнозу схизофренија а 200 (50,0%) дијагнозу депресија (Графикон 12).

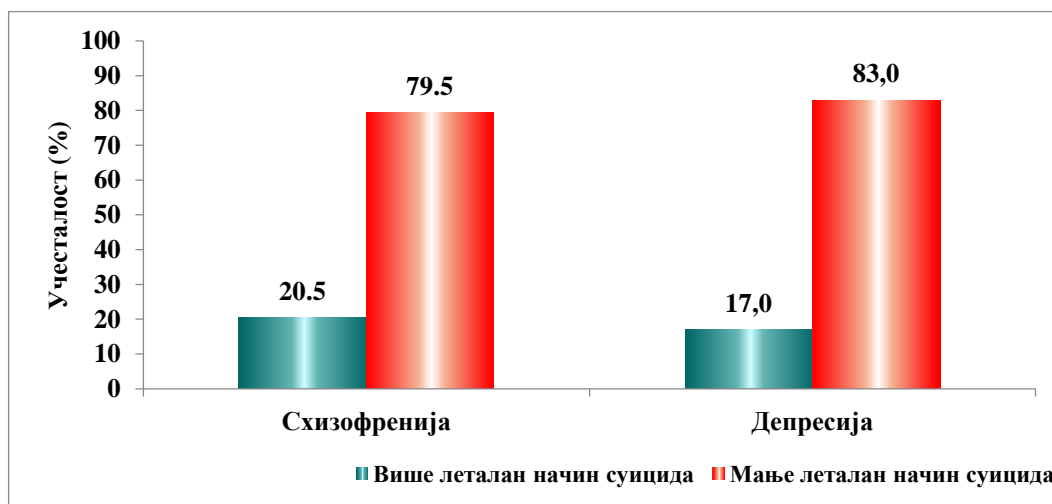
Табела 11 – Основна психијатријска обољења у истраживању у односу на степен леталитета покушаја суицида

| ДИЈАГНОЗА | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|---------------|------------------------|-------------|--------------|-------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Схизофренија | 41 | 20,5 | 159 | 79,5 |
| Депресија | 34 | 17,0 | 166 | 83,0 |
| УКУПНО | 75 | 18,8 | 325 | 81,3 |

$$\chi^2=0,804; p=0,370$$

Међу испитаницима са шизофренијом више леталан начин покушаја суицида забележен је у 20,5% случајева, а мање леталан у 79,5%. Код испитаника са депресијом више леталан покушај суицида је имало њих 17,0%, а мање леталан 83,0% (Табела 10).

Не постоји статистички значајна разлика у учесталости дијагнозе у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=0,804; p=0,370$) (Графикон 13).



Графикон 13 - Дистрибуција основних психијатријских дијагноза испитаника у односу на степен леталитета покушаја суицида

Најчешћи начин покушаја суицида, без обзира на степен леталитета, и код испитаника са дијагнозом шизофренија и код испитаника са дијагнозом депресија било је тровање лековима (31,0% према 41,0%, респективно) (Табела 11).

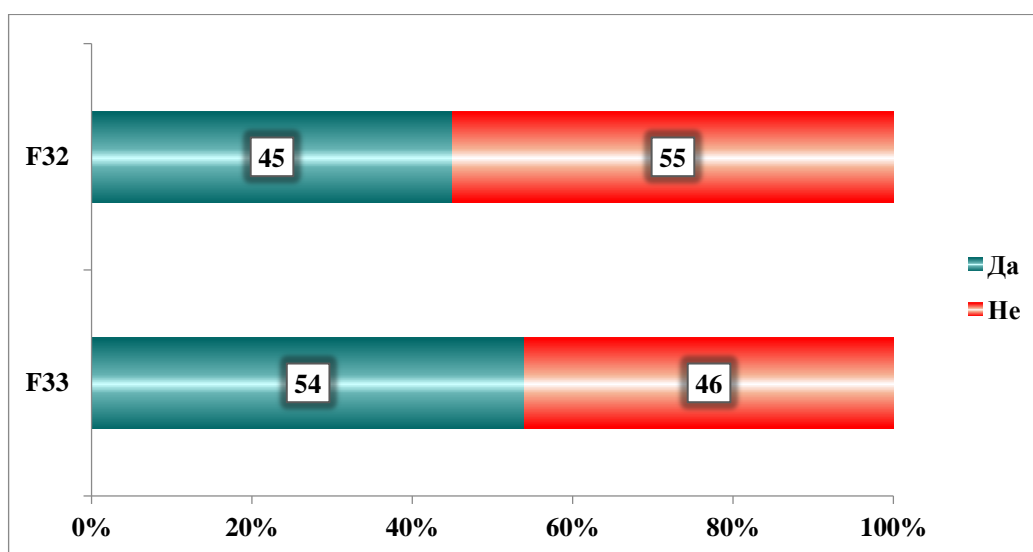
Табела 12 – Дистрибуција испитаника према начину покушаног суицида у односу на основна психијатријска обољења

| НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | ДИЈАГНОЗА | | | |
|---------------------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | СХИЗОФРЕНИЈА | | ДЕПРЕСИЈА | |
| | N | % | N | % |
| Тровање | 29 | 14,5 | 24 | 12,0 |
| Лекови | 62 | 31,0 | 82 | 41,0 |
| Вешање | 15 | 8,0 | 18 | 9,0 |
| Ватрено оружје | 1 | 0,5 | 3 | 1,5 |
| Нож(оштри предмети) | 35 | 17,5 | 23 | 11,5 |
| Скок са висине | 24 | 12,0 | 13 | 6,5 |
| Скок са моста | 13 | 6,5 | 12 | 6,0 |
| Бацање под возило | 4 | 2,0 | 4 | 2,0 |
| Сечење вена | 11 | 5,5 | 6 | 3,0 |
| Други начин | 5 | 2,5 | 15 | 7,5 |
| УКУПНО | 200 | 100,0 | 200 | 100,0 |

$\chi^2=16,631$; $p=0,055$

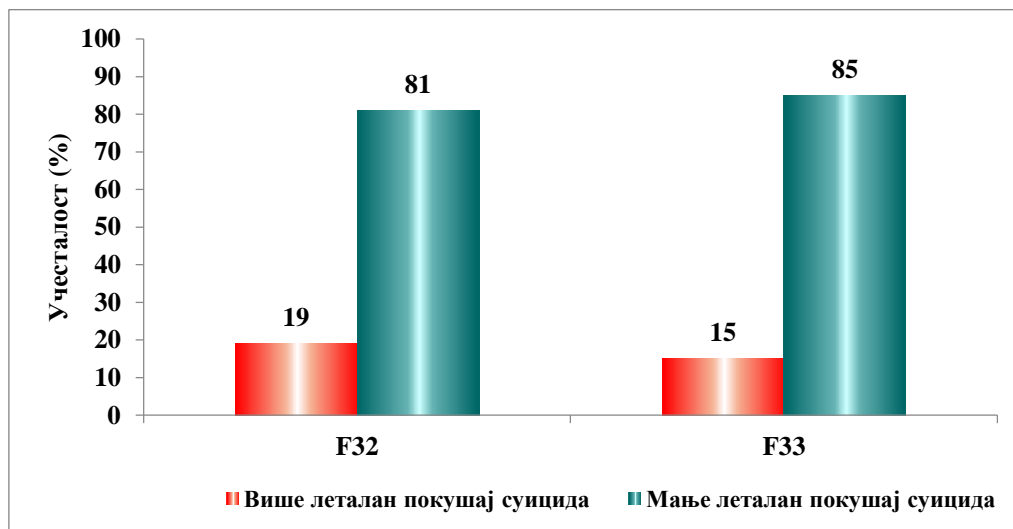
Не постоји статистички значајна разлика у учесталости начина покушаја суицида у односу на дијагнозу ($\chi^2=16,631$; $p=0,055$).

Ранији покушај суицида забележен је код 45,0% испитаника са дијагнозом F32 и 54,0% са дијагнозом F33 (Графикон 14). Не постоји статистички значајна разлика



Графикон 14 – Број ранијих покушаја суицида у групи афективних поремећаја

у учесталости ранијег покушаја суицида у односу на дијагнозу ($\chi^2=1,620$; $=0,203$).



Графикон 15-Дистрибуција испитаника са афективним поремећајима према степену леталитета покушаја суицида

Више леталан начин покушаја суицида изабрало је 19 (19%) испитаника групе F32 и 15 (15%) испитаника групе F33 (Графикон 15).

Табела 13 – Дистрибуција испитаника са дијагнозом F32 и F33 према начину покушаја суицида

| НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | ДИЈАГНОЗА | | | |
|------------------------|------------|--------------|----------------------|--------------|
| | ДЕПРЕСИЈА | | РЕКУРЕНТНА ДЕПРЕСИЈА | |
| | N | % | N | % |
| Тровање | 5 | 5,0 | 19 | 19,0 |
| Лекови | 41 | 41,0 | 41 | 41,0 |
| Вешање | 9 | 9,0 | 9 | 9,0 |
| Ватрено оружје | 0 | 0,0 | 3 | 3,0 |
| Нож(оштри предмети) | 13 | 13,0 | 10 | 10,0 |
| Скок са висине | 10 | 10,0 | 3 | 3,0 |
| Скок са моста | 7 | 7,0 | 5 | 5,0 |
| Бацање под возило | 1 | 1,0 | 3 | 3,0 |
| Сечење вена | 0 | 0,0 | 6 | 6,0 |
| Други начин | 14 | 14,0 | 1 | 1,0 |
| УКУПНО | 100 | 100,0 | 100 | 100,0 |

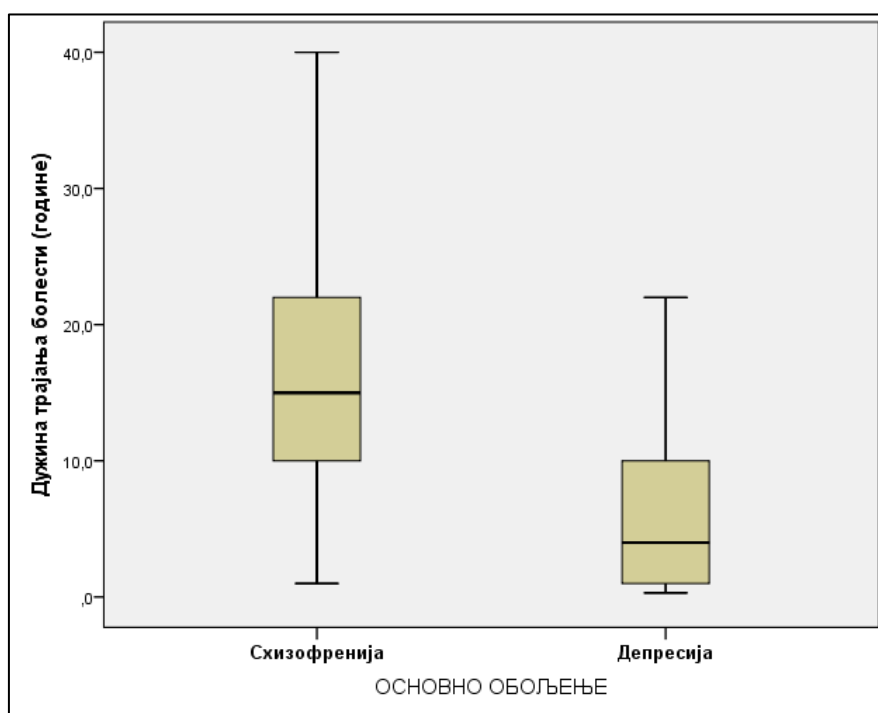
Не постоји статистички значајна разлика у учесталости дијагнозе између испитиваних група ($\chi^2=0,567$; $p=0,451$).

Испитаници са дијагнозом F32 као и са дијагнозом F33 су најчешће суицид покушали лековима (по 41,0%) (Табела 12).

Због малих учесталости појединих категорија није било могуће урадити χ^2 тест.

4.2.9. Дужина трајања болести

Медијана дужине трајања болести свих испитаника у истраживању износила је 10,0 година. Најнижа вредност износила је 0,3 а највиша 40,0 година.

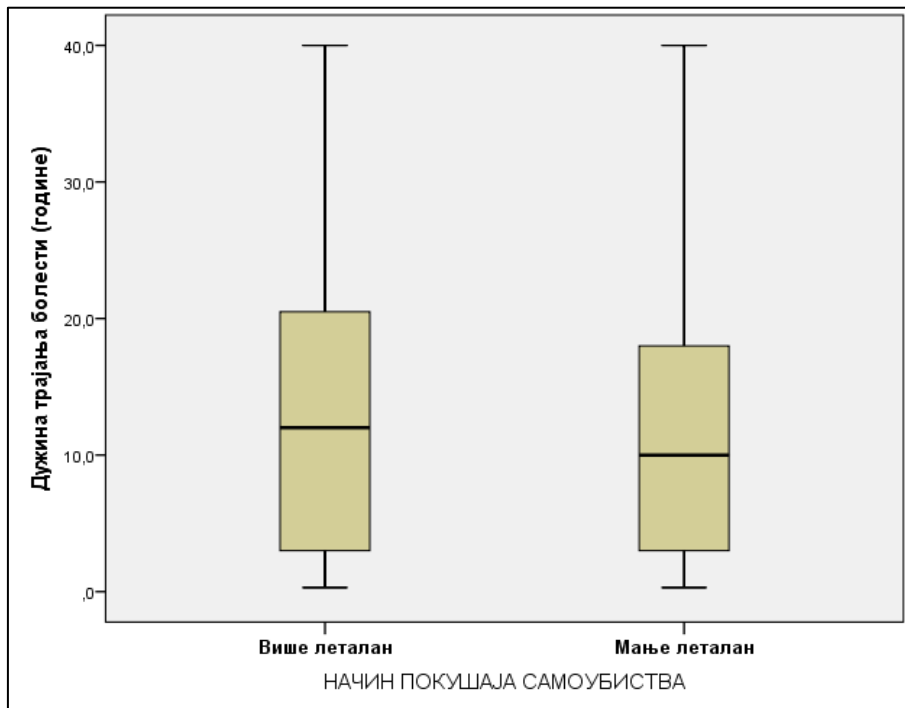


Графикон 16 – Дужина трајања болести у односу на основно психијатријско обољење испитаника

Медијана дужине трајања болести испитаника са дијагнозом шизофреније износила је 15,0 година (опсег, 1,0-40,0), док је код испитаника са дијагнозом депресије износила 4,0 године (опсег, 0,3-34,0) (Графикон 16).

Постоји статистички значајна разлика у медијанама дужине трајања болести у односу на основно обољење ($U=7413,0$; $p<0,001$).

Медијана дужине трајања болести испитаника са више леталним покушајем суицида износила је 12,0 година (опсег, 0,3-40,0), док је код испитаника са мање леталним покушајем суицида износила 10,0 година (опсег, 0,3-40,0) (Графикон 17).



Графикон 17 – Дужина трајања болести испитаника у истраживању у односу на степен леталитета покушаја суицида

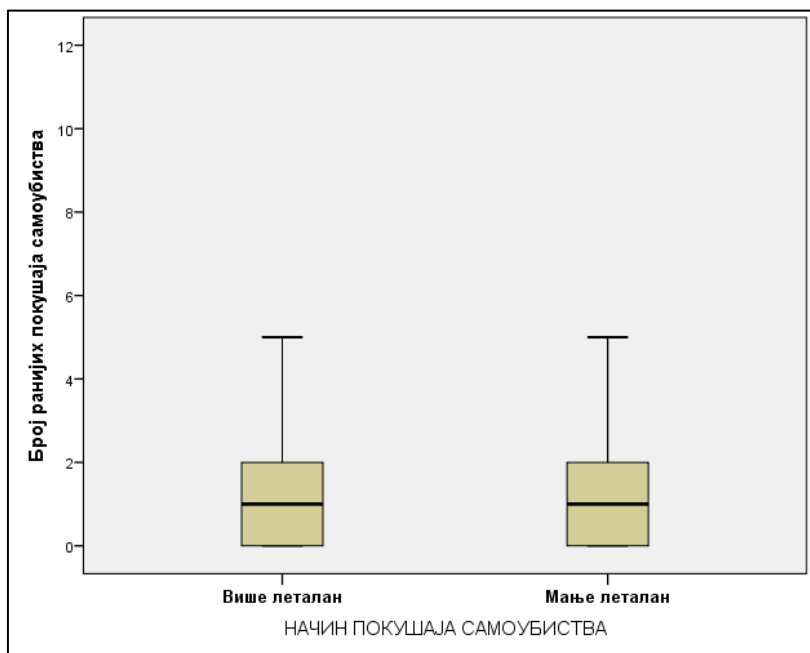
Не постоји статистички значајна разлика у медијанама дужине трајања болести у односу на начин покушаја суицида ($U=10694,5$; $p=0,097$).

4.2.10. Ранији покушаји суицида

Медијана броја ранијих покушаја суицида свих испитаника у истраживању износила 1,0. Најнижа вредност износила је 0,0 а највиша 12,0.

Медијана броја ранијих покушаја суицида код испитаника са више леталним покушајем суицида износила је 1,0 (опсег, 0,0-5,0), док је код испитаника са мање леталним покушајем суицида износила 1,0 (опсег, 0,0-12,0) (Графикон 18).

Не постоји статистички значајна разлика у медијанама броја ранијих

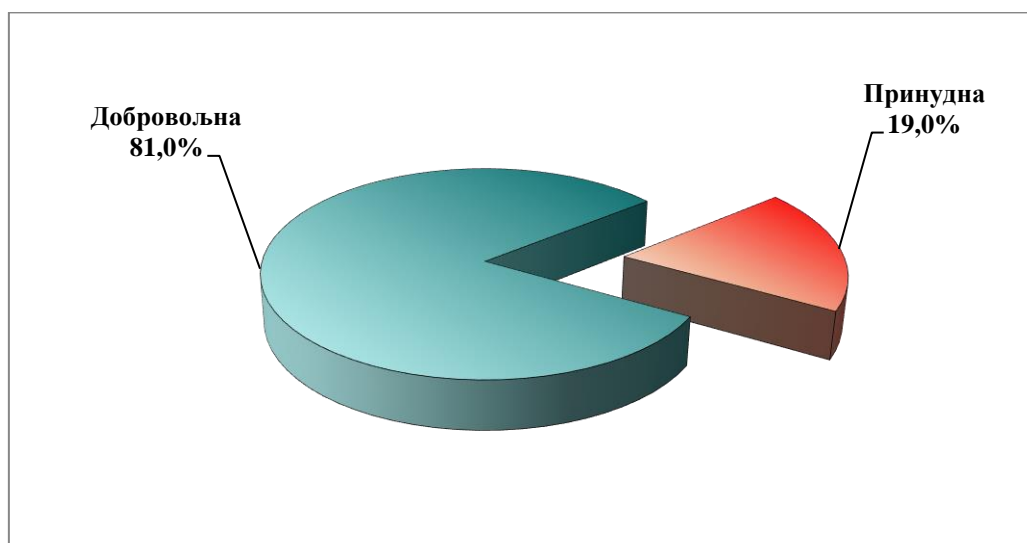


Графикон 18 – Број ранијих покушаја суицида испитаника

покушаја суицида у односу на начин покушаја суицида ($U=11983,5$; $p=0,808$).

4.2.11. Вид хоспитализације

Од свих испитаника укључених у истраживање, добровољно је хоспитализовано 324 (81,0%), док је 76 (19,0%) испитаника хоспитализовано принудно (Графикон 19).



Графикон 19 - Дистрибуција испитаника према виду хоспитализације

Код испитаника са добровољном хоспитализацијом више леталан начин покушаја суицида имало је 18,5% а мање леталан 81,5%.

Табела 14 – Дистрибуција испитаника према виду хоспитализације у односу на степен леталитета покушаја суицида

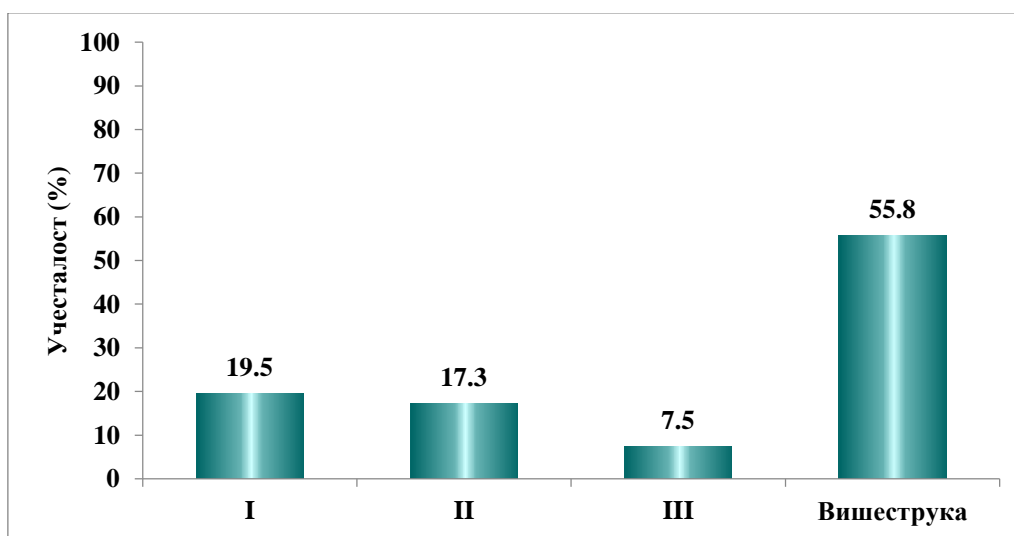
| ВИД ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|------------------------|------------------------|-------------|--------------|-------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Добровољна | 60 | 18,5 | 264 | 81,5 |
| Принудна | 15 | 19,7 | 61 | 80,3 |
| УКУПНО | 75 | 18,8 | 325 | 81,3 |

$\chi^2=0,060$; $p=0,807$

Код испитаника са принудном хоспитализацијом више леталан начин покушаја суицида имало је 81,5% а мање леталан 80,3% (Табела 13). Не постоји статистички значајна разлика у учесталости вида хоспитализације у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=0,060$; $p=0,807$).

4.2.12. Укупан број хоспитализација

Од свих испитаника укључених у истраживање у односу на укупан број



Графикон 20-Дистрибуција испитаника према укупном броју хоспитализација

хоспитализација, испитаници су најчешће имали вишеструке хоспитализације (55,8%) (Графикон 20).

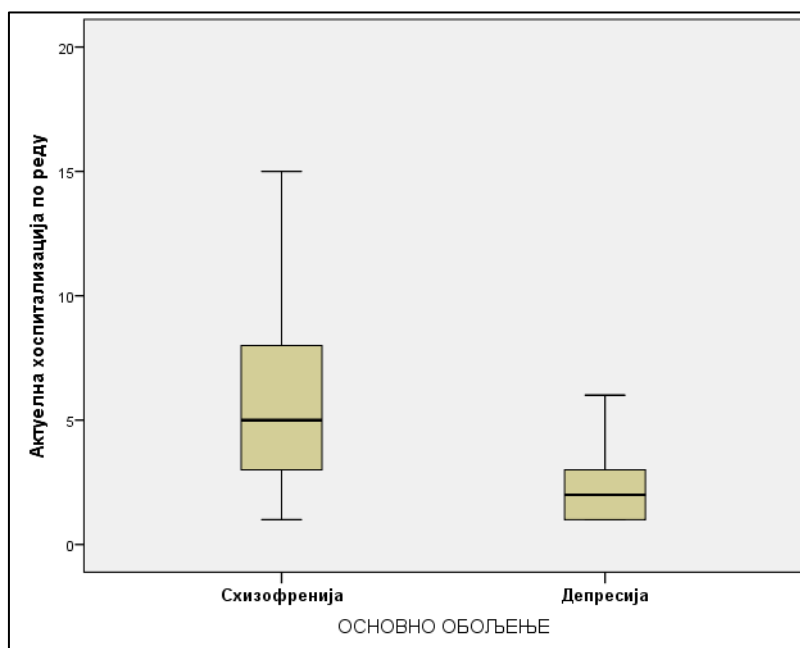
Испитаници са више или мање леталним начином покушаја суицида, најчешће су имали вишеструке хоспитализације (57,3% према 55,4%, респективно)

Табела 15 – Дистрибуција броја хоспитализација испитаника у односу на степен леталитета покушаја суицида

| УКУПАН БРОЈ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|--------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| I | 16 | 21,3 | 62 | 19,1 |
| II | 12 | 16,0 | 57 | 17,5 |
| III | 4 | 5,3 | 26 | 8,0 |
| Вишеструка | 43 | 57,3 | 180 | 55,4 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 325 | 100,0 |

$$\chi^2=12160,0; p=0,973$$

(Табела 14). Не постоји статистички значајна разлика у укупном броју хоспитализација у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=12160,0; p=0,973$).



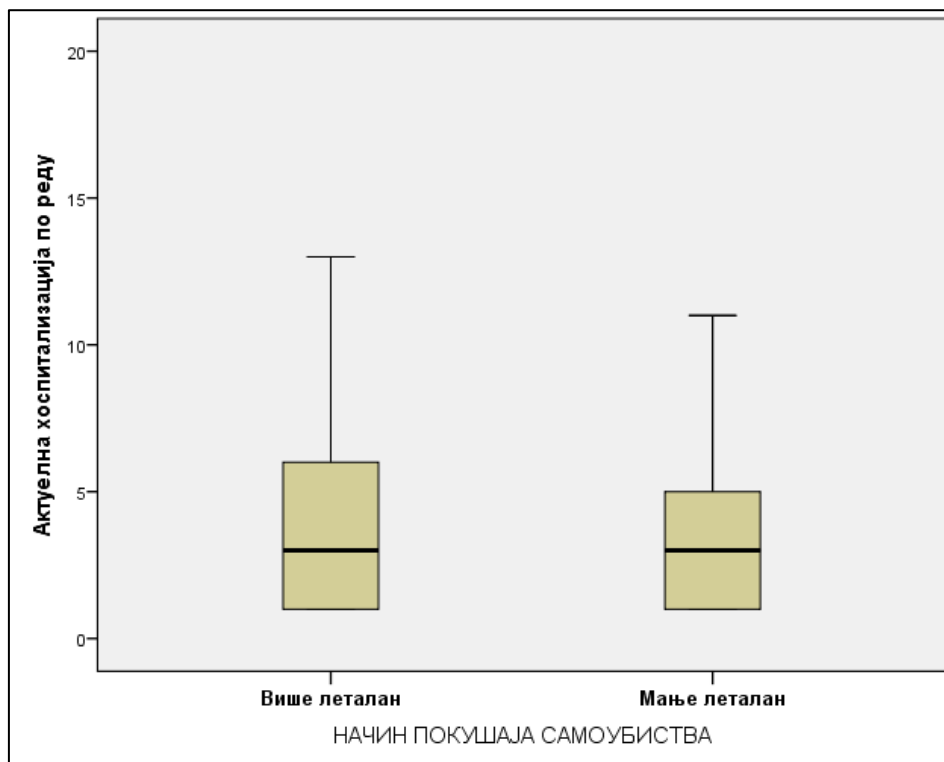
Графикон 21 – Актуелна хоспитализација по реду у истраживаним групама

Медијана актуелне хоспитализације по реду свих испитаника у истраживању износила је 3,0. Најнижа вредност износила је 1,0 а највиша 21,0.

Медијана актуелне хоспитализације по реду код испитаника са дијагнозом шизофреније износила 5,0 (опсег, 1,0-21,0), док је код испитаника са са дијагнозом депресије износила 2,0 (опсег, 1,0-12,0) (Графикон 21).

Постоји статистички значајна разлика у медијанама актуелне хоспитализације по реду у односу на основно обољење ($U=7887,5$; $p<0,001$).

Медијана актуелне хоспитализације по реду код испитаника са више леталним покушајем суицида износила је 3,0 (опсег, 1,0-21,0), док је код испитаника са мање леталним покушајем суицида износила 3,0 (опсег, 1,0-21,0) (Графикон 22).

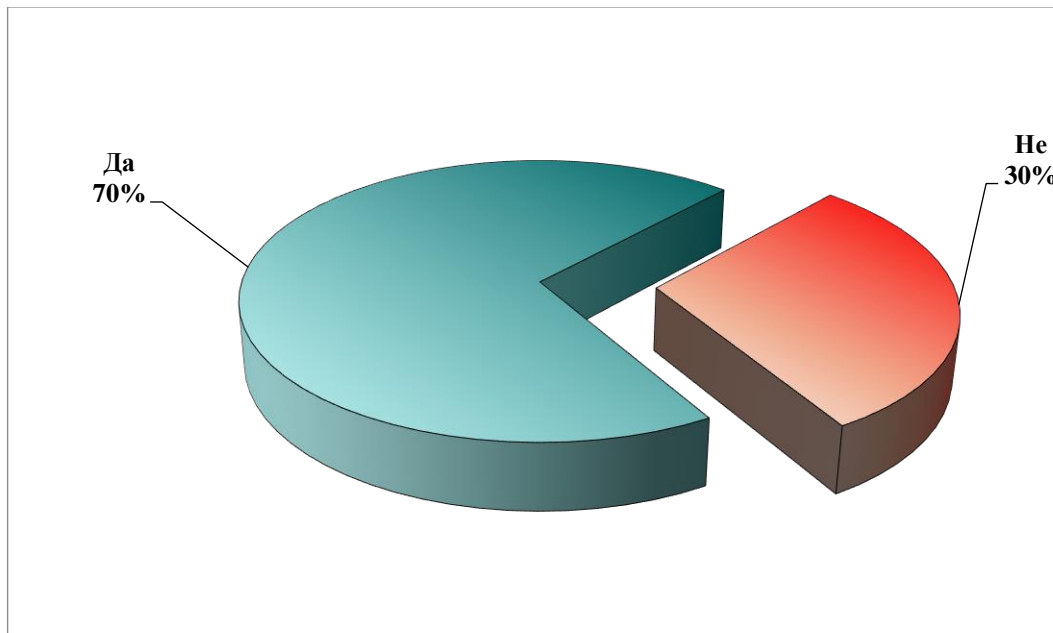


Графикон 22 – Актуелна хоспитализација по реду у односу на степен леталитета покушаја суицида

Не постоји статистички значајна разлика у медијанама актуелне хоспитализације по реду у односу на начин покушаја суицида ($U=12058,0$; $p=0,884$).

4.2.13. Актуелно стање песимизма

Актуелно стање песимизма постојало је код 281 (70,3%) испитаника укљученог у истраживање (Графикон 23).



Графикон 23 - Дистрибуција испитаника према актуелном стању песимизма

Актуелно стање песимизма имало је 68,0% испитаника са више леталним начином покушаја суицида и 70,8% са мање леталним начином покушаја суицида (Табела 16).

Табела 16 – Дистрибуција испитаника према актуелном стању песимизма у односу на степен леталитета покушаја суицида

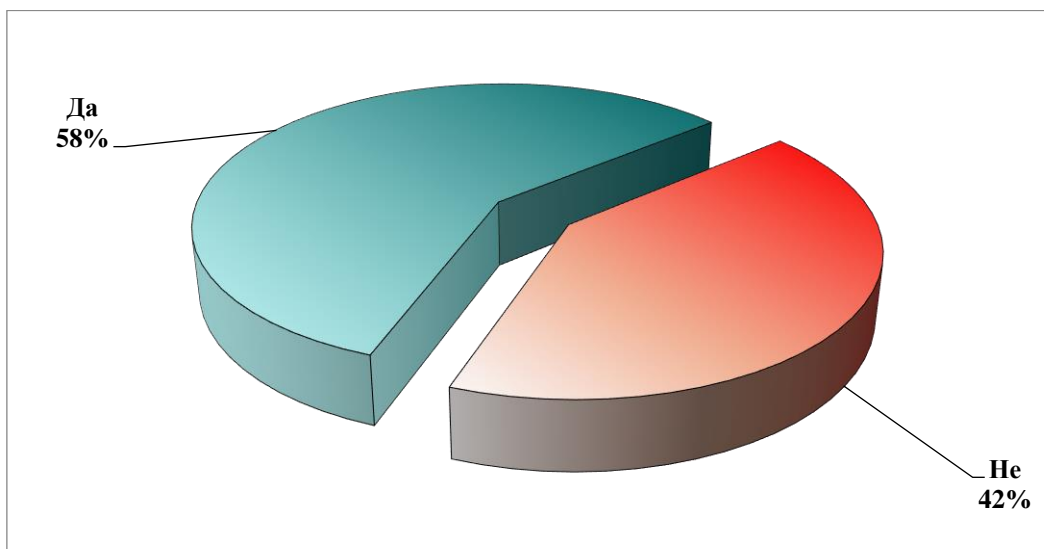
| АКТУЕЛНО СТАЊЕ ПЕСИМИЗМА | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|--------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Да | 51 | 68,0 | 230 | 70,8 |
| Не | 24 | 32,0 | 95 | 29,2 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 325 | 100,0 |

$\chi^2=0,224$; $p=0,636$

Не постоји статистички значајна разлика у учесталости актуелног стања песимизма у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=0,224$; $p=0,636$).

4.2.14. Склоност ка агресивном понашању

Од свих испитаника укључених у истраживање склоност ка агресивном понашању имало је 233 (58,4%) (Графикон 24).



Графикон 24 - Дистрибуција испитаника према склоности ка агресивном понашању

Склоност ка агресивном понашању имало је 60,0% испитаника са више леталним начином покушаја суицида и 58,0% са мање леталним начином покушаја

Табела 17 – Дистрибуција испитаника према склоности ка агресивном понашању у односу на степен леталитета покушаја суицида

| СКЛОНОСТ КА АГРЕСИВНОМ ПОНАШАЊУ | НАЧИН ПОКУШАЈА СУИЦИДА | | | |
|---------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | ВИШЕ ЛЕТАЛАН | | МАЊЕ ЛЕТАЛАН | |
| | N | % | N | % |
| Да | 45 | 60,0 | 188 | 58,0 |
| Не | 30 | 40,0 | 136 | 42,0 |
| УКУПНО | 75 | 100,0 | 324 | 100,0 |

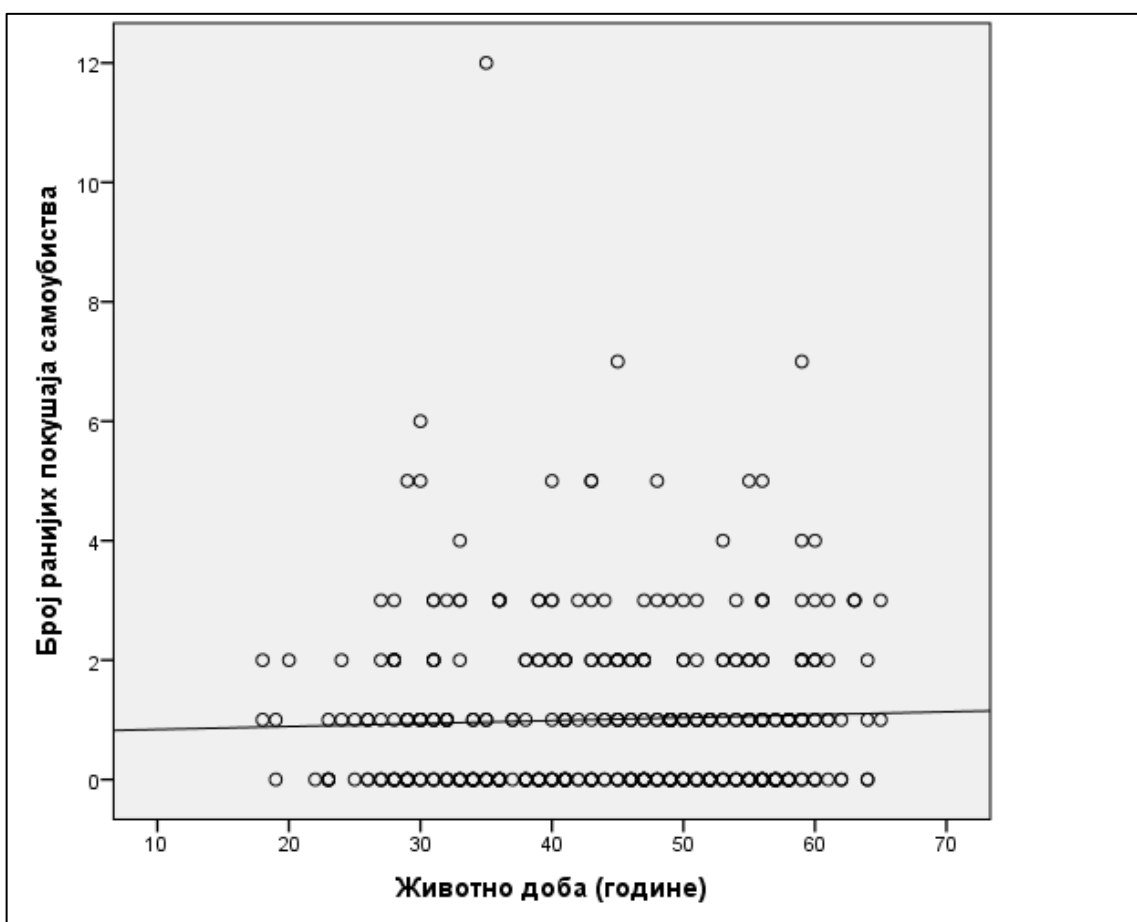
$\chi^2=0,098$; $p=0,754$

суицида (Табела 17).

Не постоји статистички значајна разлика у учесталости склоности ка агресивном понашању у односу на начин покушаја суицида ($\chi^2=0,098$; $p=0,754$).

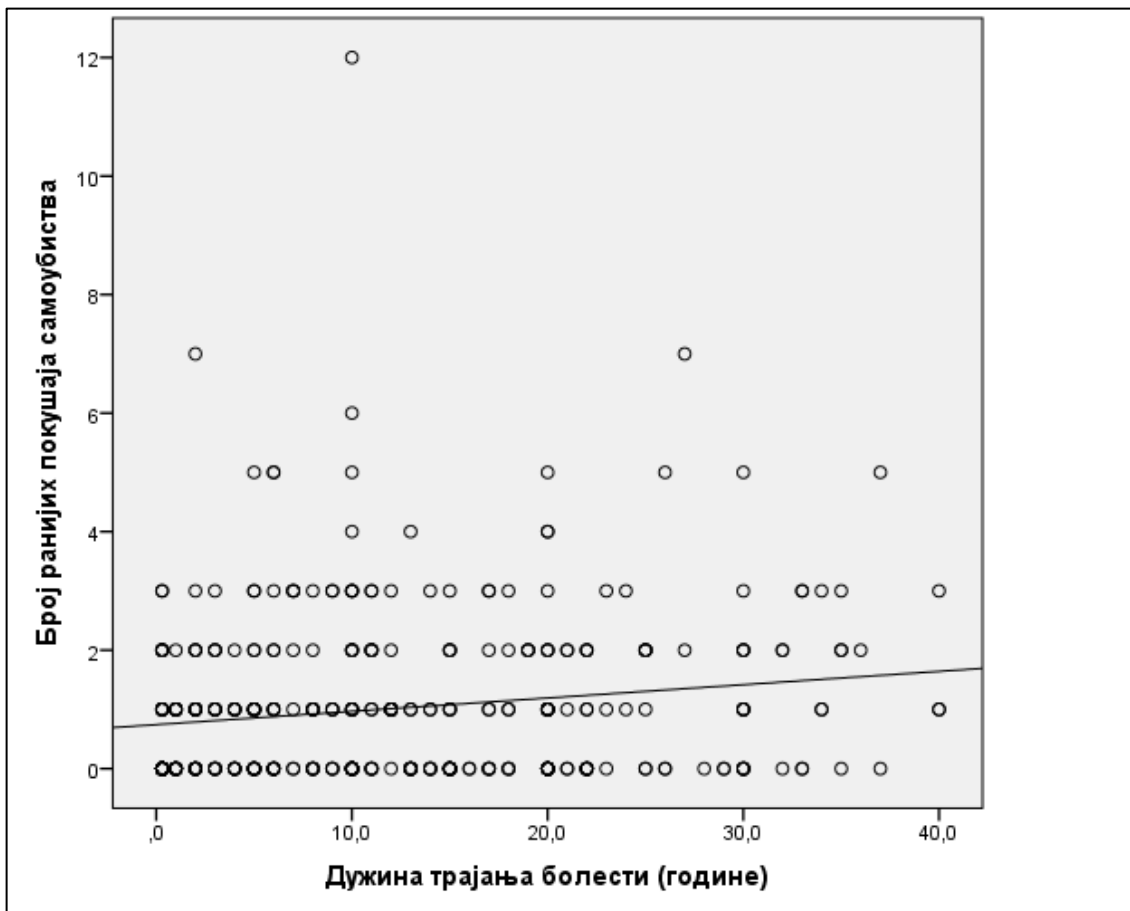
4.3. Компаративна анализа независних варијабли и степена леталитета покушаја суицида

Не постоји статистички значајна повезаност старости и броја ранијих покушаја суицида ($r_s=0,075$; $p=0,137$) (Графикон 25).



Графикон 25 – Дијаграм растурања броја покушаја суицида у односу на животну доб испитаника укључених у истраживање

Постоји статистички значајна слаба позитивна повезаност дужине болести



Графикон 26 - Дијаграм растурања броја покушаја суицида у односу на дужину трајања болести испитаника

и броја ранијих покушаја суицида ($r_s=0,175$; $p<0,001$) (Графикон 26). Испитаници са више година болести имају више покушаја суицида.

4.4. Логистичке регресије са поновљеним покушајем суицида као зависном варијаблом

4.4.1. Униваријантна логистичка регресија

У униваријантним логистичким моделима варијабле које су повезане са повећаним ризиком за поновни покушај суицида су: *женски пол* ($B=0,416$; $p=0,039$), *већа дужина болести* ($B=0,028$; $p=0,007$), *већи број хоспитализација*

због психијатријског обољења ($B=0,187$; $p=0,023$), постојање могућег хередитета ($B=0,624$; $p=0,011$) и акутно стање песимизма ($B=0,5593$; $p=0,008$) (Табела 18).

Табела 18 – Униваријантне логистичке регресије

| НЕЗАВИСНА ВАРИЈАБЛА | B | p | OR | 95% ИНТЕРВАЛ ПОВЕРЕЊА | |
|--------------------------------|------------------------------|-------|------|--------------------------|------------------|
| | | | | ДОЊА ГРАНИЦА | ГОРЊА ГРАНИЦА |
| Старост (године) | 0,015 | 0,101 | 1,01 | 1,00 | 1,03 |
| Пол | 0,416 | 0,039 | 1,52 | 1,02 | 2,25 |
| Образовање | -0,280 | 0,048 | 0,76 | 0,57 | 1,00 |
| Брачно стање | | | | | |
| <i>неожењен/а</i> | <i>референтна категорија</i> | | | | |
| у браку | 0,118 | 0,606 | 1,12 | 0,72 | 1,76 |
| разведен/а | 0,551 | 0,077 | 1,73 | 0,94 | 3,19 |
| удовац/ица | 0,387 | 0,425 | 1,47 | 0,57 | 3,81 |
| Радни статус | | | | | |
| <i>пензионер</i> | <i>референтна категорија</i> | | | | |
| незапослен | -0,765 | 0,008 | 0,46 | 0,26 | 0,82 |
| запослен | -0,717 | 0,036 | 0,49 | 0,25 | 0,95 |
| Остварено родитељство | 0,244 | 0,223 | 1,28 | 0,86 | 1,89 |
| Дијагноза | -0,160 | 0,424 | 0,85 | 0,58 | 1,26 |
| Вид хоспитализације | -0,269 | 0,292 | 0,76 | 0,46 | 1,26 |
| Дужина болести | 0,028 | 0,007 | 1,03 | 1,01 | 1,05 |
| Укупан број хоспитализација | 0,187 | 0,023 | 1,21 | 1,03 | 1,42 |
| Могући хередитет | 0,624 | 0,011 | 1,87 | 1,15 | 3,03 |
| Начин покушаја Суицида | -0,156 | 0,543 | 0,86 | 0,52 | 1,42 |
| Актуелно стање песимизма | 0,593 | 0,008 | 1,81 | 1,17 | 2,79 |
| Склоност ка агресији | 0,153 | 0,452 | 1,17 | 0,78 | 1,74 |

($B=0,624$; $p=0,011$) и акутно стање песимизма ($B=0,5593$; $p=0,008$) (Табела 18).

У униваријантним логистичким моделима варијабле које су повезане са смањеним ризиком за поновни покушај суицида су: *виши степен образовања* ($B=-0,280$; $p=0,048$) и *радни статус* (незапослени ($B=-0,765$; $p=0,008$) изапослени ($B=-0,717$; $p=0,036$) у односу на пензионере као референтну категорију) (Табела 18).

4.4.2. Мултиваријантна логистичка регресија са поновљеним покушајем суицида као зависном варијаблом

У моделу мултиваријантне логистичке регресије укључени су они предиктори поновљеног покушаја суицида који су у моделима униваријантне логистичке регресије били статистички значајни, на нивоу значајности од 0,05. Модел садржи 7 предиктора наведених у Табели 19 који су поређени на 400 испитаника (од којих је 206 имало исход од интереса). Цео модел (са свим предикторима) био је статистички значајан ($\chi^2=45,267$; ДФ=8; $p<0,001$).

Не постоји значајна мултиколинеарност између предиктора.

Табела 19 – Мултиваријантна логистичка регресија

| НЕЗАВИСНА ВАРИЈАБЛА | В | р | OR | 95% ИНТЕРВАЛ ПОВЕРЕЊА | |
|--------------------------------|------------------------------|--------|------|--------------------------|------------------|
| | | | | ДОЊА ГРАНИЦА | ГОРЊА ГРАНИЦА |
| Пол | 0,362 | 0,091 | 1,44 | 0,94 | 2,19 |
| Образовање | -0,315 | 0,040 | 0,73 | 0,54 | 0,99 |
| Радни статус | | | | | |
| пензионер | <i>референтна категорија</i> | | | | |
| незапослен | -0,658 | 0,034 | 0,52 | 0,28 | 0,95 |
| запослен | -0,494 | 0,180 | 0,61 | 0,30 | 1,26 |
| Дужина болести | 0,026 | 0,053 | 1,03 | 1,00 | 1,05 |
| Укупан број хоспитализација | 0,194 | 0,069 | 1,21 | 0,99 | 1,50 |
| Могући хередитет | 0,826 | 0,002 | 2,28 | 1,36 | 3,84 |
| Актуелно стање песимизма | 1,001 | <0,001 | 2,72 | 1,62 | 4,58 |

У моделу мултиваријантне логистичке регресије статистички значајни фактори ризика поновљеног покушаја суицида су: *нижи степен образовања* ($B=-0,315$; $p=0,040$), чији је однос шанси $OR=0,73$, што показује да испитаници са сваким вишим степеном образовања имају за 27% мању шансу за поновљени покушај суицида, уз контролу свих осталих фактора у моделу; *радни статус* [незапослени ($B=-0,658$; $p=0,034$) у односу на пензионере као референтну категорију], чији је однос шанси $OR=0,52$ што показује да незапослени имају за скоро 50% мању шансу за поновљени покушај суицида у односу на пензионере, уз

контролу свих осталих фактора у моделу; постојање *могућег хередитета* ($B=0,826$; $p=0,002$), чији је однос шанси $OR=2,28$, што показује да испитаници са постојањем хередитета имају 2,3 пута већу шансу за поновљени покушај суицида, уз контролу свих осталих фактора у моделу и *актуелно стање песимизма* ($B=1,001$; $p<0,001$), чији је однос шанси $OR=2,72$, што показује да испитаници са актуелним стањем песимизма имају 2,7 пута већу шансу за поновљени покушај суицида, уз контролу свих осталих фактора у моделу.

5. ДИСКУСИЈА

Доминирајући фактор ризика за суицидалност су психијатријска обољења уз преминацију схизофреније и афективних поремећаја, посебно депресија (126). Бројни аутори наводе да је код 90% оних који су извршили суицид регистрован неки ментални поремећај (71, 140, 232). У тренутку смрти 14,1% самоубица боловало је од схизофреније, а 30,1% од афективних поремећаја (37).

Мушкарци са схизофренијом живе 15, а жене 10-12 година краће од својих вршњака у општој популацији (82, 300). Реализовани суицид је свакако један од главних узрока њихове преране смрти (216, 253) у којој партиципира са 40%. (57). Иако постоје радови у којима се наводи да је преваленца суицида код оболелих од схизофреније 9,7% (232) па чак и 22.3% (218) најприватљивији су резултати високо репрезентативних истраживања по којима та преваленца износи око 5% (65; 225).

Покушаји суицида јављају се у знатно већој мери код пацијената који пате од схизофреније него у општој популацији и они су 5-10 пута чешћи него реализовани суицид. Процењује се да 25-50% схизофрених особа покуша суицид током свог живота (194).

Депресија је ментални поремећај који је најчешће удружен са суицидом. Међу особама које изврше суицид око 66% у тренутку његове реализације болује од депресије или неког дугог афективног поремећаја (92). Преваленца суицида код болесника са униполарном депресијом износи 6,6% што је многоструко више у односу на преваленцу код самоубица неоптерећених психијатријским обољењима (0,72% за мушкарце и 0,26% за жене) (210). Овај проценат је свакако већи у случају изолованог посматрања велике депресивне епизоде.

СЗО (Светска здравствена организација) је предвидела да ће до 2020. године бити 1,58 милиона суицида годишње, због чега је 2013. године у свом акционом плану „Mental Health Action Plan 2013–2020“ предвидела мере превенције којима би се стопа суицида на глобалном нивоу смањила за 10% (308, 309, 310).

Наше истраживање усмерено ка утврђивању начина неуспелих покушаја суицида хоспитално лечених болесника са дијагностикованом схизофренијом, тешком депресивном епизодом и рекурентном (понављајућом) депресивном епизодом управо је и спроведено у функцији доприноса разумевању суицидалности уопште.

Нашим истраживањем смо обухватили 400 пацијената хоспитализованих у Клиници за психијатријске болести „др Лаза Лазаревић“ у Београду, стационарној установи терцијарног нивоа здравствене заштите. Од укупног броја испитаника 200 је било са са дијагнозом шизофренија (Ф20). Од 200 преосталих 100 је имало дијагнозу униполарне депресије-депресивна епизода (Ф32) а других 100 рекуренти депресивни поремећај (Ф33). У постављању дијагнозе и одабиру испитаника користили смо дијагностичке критеријуме из МКБ-10 класификације. Основна, полазна премиса при избору испитаника била је најмање један покушај суицида од почетка болести. Обе истраживане групе, 200 шизофрених (Ф 20) и 200 депресивних (Ф 32 и Ф 33) су биле експерименталне групе, а у делу истраживања су једна другој биле и контролна група.

Код наших 400 испитаника регистровани смо 10 начина неуспелог покушаја суицида. Процентуално, 36,0% њих или 144 оболелих су суицид покушали прекомерним узимањем лекова. Тровање и коришћење оштрих предмета у циљу суицида коришћени су у приближно једнаком степену од 13, 3% односно 14,5%. Упуцавање у неуспелом покушају суицида преживело је 4 испитаника или 1,0%. Бацањем под возило у кретању, суицид је покушало, али не и реализовало 8 оболелих што је чинило 2% од укупног броја хоспитализованих. Сличну дистрибуцију начина покушаног суицида у којима су испитаници најчешће користили 10 наведених начина покушаја суицида и међу којима је на првом месту углавном било коришћење прекомерне количине лекова у корелацији је са бројним истраживањима у свету (138; 203). Вуард и његови сарадници (59) тврде да су одређене разлике које се јављају у квалитету, а често и у партикуларном учешћу појединих метода условљене регионалним факторима. На њих указују и Santosh и сарадници (254) износећи резултате да око 60% менталних болесника који покушају суицид у Индији користи корозивна средства и инсектициде што је у складу са традицијом коришћења отрова у суицидалне сврхе.

Из литературе смо прихватили постојећу поделу метода реализације суицида или покушаја његовог извршења на мање и више леталне (268). У више леталне смо сврстали: вешање, ватрено оружје и скок са висине, а у мање леталне: тровање, предозирање лековима, нож - оштри предмети, скок са моста, бацање под воз или возило у покрету, сечење вена, други начини). Нашим истраживањем смо

обухватили начине покушаних суицида схизофрених и депресивних болесника лечених хоспитално, односно хоспитализованих након неуспелог покушаја суицида. У нама доступној домаћој литератури из периода претходне три деценије нисмо нашли слично дизајнирану студију.

Испитаника који су изабрали више леталне начине покушаног суицида било је 75 или 18,8%, а оних са мање леталним начином покушаја суицида 325 или 82,2%. У групи пацијената са више леталним покушајем суицида забележено је 34 неуспелих вешања, 37 скокова са висине и 4 упуцавања ватреним оружјем. Између мање леталних покушаја суицида у највећем броју је коришћено тровање лековима, код 44,3% испитаника. Бацање под возило у кретању, као најмање коришћен начин неуспешног суицида, забележили смо у свега 2,5% случајева. Низак проценат испитаника са више леталним начином покушаја суицида говори у прилог чињеници да коришћење ове категорије начина извршења суицида знатно чешће завршава смртним исходом. Такође покушаји суицида извршени више леталним начином представљају значајан фактор ризика за извршења суицида (250). Вешање и скок са висине као леталније методе суицида и предозирање лековима и сечење вена као лакше, најчешћим методама суицида код схизофрених наводе Funahashi и сарадници (107) у својој студији.

Из добијених резултата намеће се закључак да су реализације суицида, односно покушаји реализације за која се опредељују мушкарци 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, комбинацији таблета и алкохола, конзумацији отрова или пресецању вена.

Ретки аутори који се баве овим проблемом долазиле до сличних резултата. Тако су Elnour и Harrison (95) анализом метода суицида у три студије у Аустралији и САД дошли до закључка да су избор методе суицида као и сам степен њеног леталитета значајно условљени узрастом и полом самоубице. При томе мушкарци и старије особе бирају леталније начине суицида (95).

Претраживањем доступне иностране, а посебно домаће литературе о истраживањима на пољу суицидологије евидентно је да је начину извршења, односно покушају извршења суицида неоправдано поклоњено мало пажње. Овакво

наше мишљење заступају и неки други аутори (134). Наиме, бројна су питања на која треба дати одговоре везане за ове значајне варијабле. Њихово разумевање и евентуално предвиђање може бити од изузетног значаја у превенцији суицида код ментално оболелих особа, а и шире.

Опште социодемографске карактеристике испитаника из обе дијагностичке категорије, схизофреније и депресије су анализиране кроз избор начина покушаног суицида подељених и означених као више и мање летални начин.

Просечна старост свих 400 испитаника укључених у истраживање била је $44 \pm 11,2$ године с тим што је најмлађи испитаник имао 18, а најстарији 65 година. Просечна старост испитаника који су изабрали леталнији начин покушаног суицида, била је $46,6 \pm 10,9$ година, а оних који су изабрали мање леталан начин $43,8 \pm 11,2$ године. Ова разлика у просечној старости у односу на начин покушаја суицида ($t=1,973$; $p=0,049$) била је изнад границе статистичке значајности, односно испитаници који су покушали више леталан начин суицида су значајно старији од оних са мање леталним покушајем.

Приближну просечну вредност старости испитаника од 42,5 година, уз граничне вредности као и у нашем истраживању (18 до 65 година), код својих испитаника, психијатријских болесника хоспитализованих у болници у Хонг Конгу након покушаја суицида утврдио је и Li са сарадницима (175). Трећој и четвртој деценији живота припадо је највећи број испитаника међу оболелима од схизофреније који су реализовали суицид (107). Анализом наших резултата и навода из литературе о овој варијабли могу се одредити две старосне групе са повећаним ризиком за суицидално понашање особа са менталним поремећајима: категорија младих и категорија старијих особа са касним почетком болести.

Заступљеност жена у нашем истраживању била је незнатно већа у односу на мушкарце (53% према 47%). Истовремено, у учесталости пола у односу на начин покушаја суицида мушкарци су скоро 2 пута чешће бирали више леталан начин покушаног суицида него жене. Оне су у већем броју нереализованих суицида бирале мање леталне начине. Ова појава је била на нивоу статистичке значајности ($\chi^2=7,346$; $p=0,007$). Исте резултате условљености избора методе суицида у односу на полну припадност добили су и Raja и Azzoni (242). Упоређујући покушаје

суицида код пацијената са униполарном и биполарном депресијом утврдили су да су мушкарци бирали леталнији, а жене мање леталан начин покушаја суицида (242) у обема клиничким категоријама.

Из групе више леталних начина покушаја суицида наши испитаници су најчешће користили вешање. Узимање прекомерне количине лекова, као најчешће коришћен начин покушаја суицида из групе мање леталних, био је углавном „резервисан“ за испитанице. И ови наши резултати су у корелацији са резултатима већине суицидолошких истраживања. Narishige и сарадници, (203) су у групи испитаника који су покушали суицид и који су били под терапијом утврдили да не постоји статистичка значајност у разлици броја мушкараца и жена, али да та значајност постоји у коришћењу начина покушаја суицида. При томе мушкарци су бирали леталнији начин покушаја, а жене мање леталан и то најчешће предозирање лековима уз високи степен статистичке значајности.

Наши резултати, као и резултати неких наведених аутора, потврђују теорију о „парадоксу полова“ у суициду према којој, због разлике у степену леталитета коришћених метода покушаја суицида, мушкарци три пута ћешће од жена реализују суицид, а жене имају три пута више покушаја суицида од мушкараца (62)

Образовање средњег степена имао је највећи број наших испитаника, њих 289 или 72,3%. Академски образованих који су покушали суицид било је најмање, 19 или 4,8%. Међу онима који су бирали више леталан начин при неуспешном покушају суицида њих 51 или 68% имало је средње образовање, а 12 или 16% су били неписмени. Оболелих са вишим, односно виоким степеном образовања било је 4,8% односно 8,3%. Слична је заступљеност и међу испитаницима који су бирали мање леталан начин за покушани суицид. Статистички значајну разлику нисмо утврдили ни у једној спроведеној статистичкој анализи везаној са ову карактеристику. У нашим резултатима је евидентан нижи ново образовања особа са менталним поремећајима који су покушали суицид, али без неке статистичке значајности што упућује на чињеницу да да ова варијабла не представља значајан фактор ризика за суицидално понашање. Сличан став изнео је и Hawton са сарадницима (125).

У односу на радни статус наши испитаници су у највећем броју незапослени, њих 251 или 62,7%. Пензионера је 66 или 16,5%, а запослених свега 83 или 20,8%. Такође и у дистрибуцији испитаника према начину покушаја суицида најзаступљенији су припадали категорији незапослени (68,0% према 61,5%, респективно) али без статистички значајне разлике ($\chi^2=1,160$; $p=0,560$).

Медијана броја покушаја суицида код незапослених износи 0,0 (опсег, 0,0-12,0), код запослених износи 0,0 (опсег, 0,0-5,0), док је код пензионера 1,0 (опсег, 0,0-7,0), што је статистички значајна разлика ($\chi^2=10,614$; $DF=2$; $p=0,005$) (Табела 7).

Статистички значајна разлика у броју покушаја суицида постоји између пензионера и незапослених ($p=0,002$) и пензионера и запослених ($p=0,005$), док не постоји статистички значајна разлика између незапослених и запослених ($p=0,869$) (Графикон 8).

Висок ниво незапослености може се објаснити чињеницом да су испитаници углавном дугогодишњи душевни болесници са почетком болести у раној животној доби, због чега долази до значајне социолошке и радне изолације.

Незапосленост као снажан фактор ризика за суицидално понашање означили су бројни аутори (105, 131, 201). Такође, губитак посла у претходној години представља за многе ауторе значајан фактор ризика за суицидално понашање (2, 107).

Оваква дистрибуција према радном статусу може се објаснити чињеницом да су испитаници углавном дугогодишњи душевни болесници са почетком болести у раној животној доби, због чега долази до значајне социолошке и радне изолације (271)

Више од две трећине наших испитаника није у браку. Разведених је 13,8%, удоваца или удовица 4,8%, а 50,7% никада није засновало брачну заједницу. У браку је 123 или 30,8% испитаника. Ова дистрибуција није потврдила статистички значајну разлику избора начина покушаног суицида категорисаног као више леталан начин и мање леталан начин.

Наши резултати у складу су са највећим бројем навода у литератури који третирају недостатак партнера као додатни суицидални фактор који уз снажне факторе ризика као што су депресија и претходни покушај суицида доприносе развоју суицидалног понашања (23, 131, 201). Типичан је пример Sokera и

сарадника (271), који као главне факторе ризика за покушај суицида наводе присуство депресивних симптома и претходних покушаја суицида, али у предикцији настанка дају на значају и недостатку партнера и дужини трајања депресивних симптома.

Складна брачна заједница представља најбољу заштиту од суицидалног понашања (87). пружајући социјалну и емоционалну сигурност, омогућавајући лакшу интеграцију у друштво и заједницу и редукујући социјалну изолацију (87, 229)

Остварено родитељство смо забележили у 48,5% наших испитаника. У дистрибуцији ове варијабле у односу на степен леталитета начина на који су наши испитаници покушали суицид забележили смо приближно исте вредности. Наиме, остварено родитељство у нашем истраживању имало је 50,7% испитаника који су као начин покушаног суицида бирали више леталан начин а 52% је бирало мање леталан начин при покушаном неуспелом суициду. Чињеница да више од половине наших испитаника из свих дијагностичких категорија које смо укључили у истраживање нису остварени као родитељи, представља очекиване резултата обзиром на тежину и дужину трајања душевних поремећаја (Ф20, Ф32, Ф33).

Живот без деце за особе оба пола, а посебно за жене, без обзира на брачни статус представљају значајан фактор ризика за суицидално понашање (115). Деца представљају за своје родитеље значајан фактор превенције од суицида, при чему се жене са децом млађом од две године сигнификантно ређе одлучују на суицид (239). Међутим, Denney (86) у свом раду о утицају брачног статуса и оствареног родитељства на ризик за суицид предност даје позитивном утицају брака.

Могући хередитет у смислу постојања чланова породице са психијатријским обољењима, покушајима суицида или извршеним суицидом регистровали смо код 90 оболелих што је представљало 22,5% од укупног броја испитаника. При томе ову наследну оптерећеност забележили смо у 28% испитаника са више леталним начином покушаног суицида и 21,2% испитаника са мање леталним начином покушаног суицида. Обе анализе везане за овај фактор суицидалног ризика биле су без статистички значајних разлика између компарираних елемената. Висок проценат могућег хередитета код наших испитаника објашњавамо тежином психотичности дијагноза наших испитаника, са јасним ендегеним пореклом, како

у случају схизофреније, тако и случају примарних, ендогених депресија.

Позитивну породичну анамнезу у смислу могућег хередитета нашли смо и код других аутора (4, 43, 282). Међутим неки аутори међу којима су Brent и Mann (43), као и Bondy са сарадницима (40), сматрају да се склоност ка покушају суицида наслеђује другачије од менталних поремећаја и да се углавном наслеђују фактори ризика за суицид као што је на пример агресивност.

У учесталости дијагнозе у односу на начин покушаја суицида нисмо утврдили статистичку значајност. Схизофрени испитаници су се у 20,5% случајева определили за више летални начин покушаног суицида, а депресивни у 17% случајева. Најчешће, схизофрени бирају смртоносније начине вршења самоубилачке намере у поређењу са депресијом и другим психијатријским ентитетима, као и са здравом популацијом. Испитаници из дијагностичке категорије депресивних (Ф 32 и Ф 33) у нашем истраживању су најчешће суицид покушали тровањем лековима и то њих 82 или 41% случајева од укупно 200 укључених у истраживање. Hunt и сарадници (135) у свом упоредном истраживању између групе пацијената са схизофренијом и групе са депресијом наводе избор више леталних начина суицида код шизофрених особа, односно мање леталан код депресивних. Најчешћи начини покушаја суицида код схизофрених је био скок са висине или бацање под воз или возило у покрету, а код депресивних тровање лековима. Покушај суицида више леталним начином код особа са схизофренијом и мање леталним код особа са депресијом наводе у својим истраживањима Ishii и сарадници (138), Pompili и сарадници (235) и Koeda и сарадници (158). Ови последњи сматрају да су млађе животно доба, мушки пол и присуство халуцинација у високом проценту код оболелих од схизофреније најзначајнији разлог овакве дистрибуције метода покушаја суицида (158).

Раније покушаје суицида регистровани смо у 45,0% испитаника са дијагнозом Ф 32 и 54,0% испитаника са дијагнозом Ф 33. Између ове две категорије пацијената са депресијом такође није потврђена статистички значајна разлика учесталости појаве.

Више летални начин покушаног суицида имало је 34 испитаника из дијагностичке категорије депресија, од чега 19 њих са дијагнозом Ф 32 и 15 са дијагнозом Ф33. Мање леталан начин покушаног суицида бирао је 81 испитаник са

дијагнозом Ф 32 и 85 испитаника са дијагнозом Ф 33. Ни овде нема статистички значајне разлике у учесталости избора начина суицида и клиничког облика депресије. Најчешће бирани начин покушаног суицида је био узимање веће количине лекова и то је учинио 41 испитаник са дијагнозом Ф 32 и 41 испитаник са дијагнозом Ф 33.

Classen и сарадници (77) као и Bolton и сарадници (39) и већина других аутора тврди да је тежина депресије директно повезана са бројем покушаја суицида. Поред депресије и безнађа Forman са сарадницима (105) сматра да на број покушаја суицида утиче коришћење психоактивних супстанци, као и присуство психотичких симптома. Присутно је тврђење да што су психотични симптоми присутнији, суицидалност је већа. Симптоми депресије претходе у 64% случајева извршења суицида и 71% покушаја суицида међу ментално оболелим особама (127). Епидемиолошки подаци указују да код готово 80% пацијената са шизофренијом постоји вероватноћа да се у неком тренутку манифестује велика депресивна епизода, што представља значајан фактор ризика за суицид (102).

Испитујући интрахоспиталне суициде пацијената са схизофренијом и афективним поремећајима у психијатријској болници Steblaj и сарадници (274) су утврдили да је главни фактор ризика била депресија уз претходно суицидално понашање и лоше односе са породицом. Narkavy-Friedman и сарадници (119) су у компаративној анализи демографских и клиничких карактеристика две групе пацијената са схизофренијом, једних са претходним покушајем суицида и других без покушаја, утврдили да разлику између њих не условљавају демографске варијабле, дужина трајања болести и коришћење психоактивних супстанци, него депресивност. Narkavy-Friedman и сарадници (120) тврде да наредбодавне гласовне халуцинације имају улогу у повећању ризика за суицидално понашање, али да да нису директан предиктор.

Са друге стране Sisek-Šprem и сарадници (269) су утврдили позитивну корелацију између депресије и наредбодавних гласовних халуцинација код 53% својих испитаника са схизофренијом. Zalpur и Rothschild (318) наводе значајно виши ризик од покушаја суицида и реализованог суицида код пацијената са великом депресијом са психотичним симптомима (посебно присуство

наредбодавних халуцинација) у односу на пацијенте са великом депресијом без психотичних симптома.

Сви ови радови потврђују наше претпоставке да психотични симптоми код поремећаја расположења повећавају ризик за суицидално понашање. Исто тако код пацијената са шизофреним поремећајем и са психотичним симптомима значајну улогу у суицидалном понашању играју и симптоми депресије и песимизма, што све скупа наводи на закључак да је неопходан комплексан приступ у третману ових менталних поремећаја у циљу превенције суицидалног понашања.

Просечно трајање болести код свих наших испитаника, независно од психијатријског обољења износило је 10 година. Код оболелих од шизофреније (овај период је у просеку трајао 15 година, што је је статистички значајно дуже ($U=7413,0$; $p<0,001$) у односу на период са просеком трајања од 4 године код пацијената са депресијом. Сматрамо да је узрок овакве појаве чињеница да болесници са афективним поремећајима у високом проценту реализују суицид већ у првим годинама након почетка болести. Потврду овог нашег тврђења налазимо и у истраживању Tidemalm-а (287), спроведеном у Шведској, у коме је већ у првој години афективних поремећаја суицид реализовало 64% оболелих мушкараца и 42% оболелих жена. Дужи ток трајања болести код пацијената са шизофренијом, хоспитализованих због покушаја суицида, што је у складу са нашим резултатима забележен је и од стране Webb-а и сарадника (302). Наиме, око 80% њихових испитаника чинило је старосну групу 20-39 година са историјом болести дугом 10 година у просеку.

Кратко трајање болести код шизофреније, краће од 10 година представља фактор ризика за суицид (166).

У односу на начин покушаног суицида нема статистички значајне разлике избора више или мање леталног начина према дужини трајања болести у годинама у дијагностичким групама шизофрених и депресивних испитаника.

Укупно 223 или 55,8% од свих 400 наших испитаника имало је више од 3 покушаја суицида пре актуелног покушаја због кога су хоспитализовани. Овај податак корелира са бројним налазима других аутора да код душевних болесника, посебно из дијагностичких категорија депресивних и шизофрених, постоји већи број суицидалних покушаја пре реализованог суицида. Наиме, независно од

региона, основног психијатријског обољења, општих и демографских карактеристика испитаника, њихових обичајних, религиозних и културолошких навика, већи број претходних покушаја суицида је у директној корелацији са повећаним ризиком за суицид, те се може сматрати једним од круцијалних предиктора суицидалног понашања (146, 217, 227, 285, 292).

Број раније покушаних суицида до актуелно посматраног нереализованог суицида је већи у испитаника са дијагнозом схизофреније и износи просечно 5 ранијих покушаја (опсег од једног до двадесет и једног покушаја), а код испитаника са дијагнозом депресије само 2 покушаја пре актуелног.

Већу учесталост покушаја суицида код оболелих од схизофреније тумачимо дужим трајањем болести у овој групи испитаника, али и присуством психотичких симптома у њиховој клиничкој слици. Наиме бројни аутори указују на директну везу психотичких симптома и повећаног суицидалног ризика, односно психотичке симптоме детерминишу директним факторима ризика за суицид. Narkavу - Friedman и сарадници (120) су у својим истраживањима спроведеним на оболелима од схизофреније утврдили присуство наредбодавних гласовних халуцинација у високих 36%. По њима у току трајања тих халуцинација оболели у просеку изврше најмање један покушај суицида (120). Тврђење ових аутора је у корелацији са нашим налазом веће учестлости суицидалних покушаја у схизофренији.

У првој години након почетка болести 15% схизофрених (221) и 12% депресивних (212) прође кроз неуспео покушај суицида. Shibre и сарадници (263) у свом истраживању такође наводе да је чак 20,2% пацијената са тешким менталним поремећајима у првих десет година трајања болести имали од 1-5 покушаја суицида. Због овако високих процента учестлости за многе ауторе је покушај суицида један од најјачих предиктора суицидалног понашања (72).

Занимљиво је да је у нашем истраживању подједнак просечни број ранијих покушаја суицида пре актуелног како код оних који су се определили за више леталан начин покушаног суицида тако и код оних испитаника са мање леталним начином. И у једној и у другој категорији број покушаја је износио 3.

Све ово наводи на закључак да је идентификовање и процена варијабли које су у корелацији са покушајем суицида веома значајна, због лечења ових менталних поремећаја, али и превенције фаталних исхода.

Сви наши испитаници из групе схизофрених (Ф 20) и из групе депресивних (Ф 32 и Ф 33) су хоспитализовани након покушаног суицида. Интензиван третман особа које су покушале суицид предлажу и Carrigan и Lynch (69) при чему је у акутној фази неопходно обезбедити медицински третман, а након стабилизације извршити процену опасности од новог покушаја суицида и предузети мере превенције.

Од укупног броја пацијената њих 324 су добровољно прихватили хоспитализацију, што процентуално чини 81,5%. Принудно је на лечењу у клиници задржано 76 или 18,5% испитаника. Овако висок проценат принудне хоспитализације оправдан је суицидалном идеацијом, тј. јасним одређењем болесника да угрози сопствени живот суицидом. Иако принудна хоспитализација душевних болесника није озакоњена у бројним европским земљама (214), ми сматрамо да овај облик задржавања душевно болесних треба реализовати у стањима високог ризика по њихов живот. Такође, заједница поред присилног чињења у интересу душевно болесног треба да примени принуду и у интересу других лица из болесникове околине.

У прилог нашем тврђењу говори студија у којој се већина пацијената присилно хоспитализованих у даблинским болницама након неуспешног покушаја суицида, у интервјуу након опоравка позитивно изјаснила о својој хоспитализацији (214). Ово представља добар путоказ у даљем третману суицидалног понашања

Медијана актуелне хоспитализације по реду свих испитаника у истраживању износила је 3,0 уз најнижу вредност 1,0 и највишу 21,0. Између медијана актуелне хоспитализације по реду код испитаника са дијагнозом схизофренија, која је износила 5,0 (опсег, 1,0-21,0) и испитаника са дијагнозом депресија, вредности 2,0 (опсег, 1,0-12,0) утврдили смо статистички значајну разлику ($U=7887,5$; $p<0,001$). Разлика у вредности медијана актуелних хоспитализација према леталитету била је испод нивоа статистичке значајности ($U=12058,0$; $p=0,884$).

Јасно се види да су резултати броја хоспитализација пре актуелне, у корелацији са резултатима дужине трајања болести пре актуелне хоспитализације. Наиме код пацијената са схизофренијом имамо дужи ток трајања болести и већи број хоспитализација што и одговара тенденцији реализације суицида у каснијем току болести. Пацијенти са депресијом уз високи суицидални ризик у првој години болести и у нашем истраживању бележе краћи ток трајања болести и мањи број хоспитализација. Према Claassen-у и сарадницима (77) већина покушаја суицида јављају се рано у току депресивне епизодеи су повезани су ескалацијом безнађа и изолације.

Пацијенти са депресијом уз високи суицидални ризик у првој години болести и у нашем истраживању бележе краћи ток трајања болести и мањи број хоспитализација.

Сви наши испитаници, како из групе схизофрених, тако и из групе депресивних хоспитализовани су након покушаног суицида. Укупно 324 њих су добровољно прихватили хоспитализацију, што процентуално чини 81,5%, а 76 или 18,5% испитаника је принудно задржано на лечењу у клиници. Овако висок проценат принудне хоспитализације оправдан је суицидалном идеацијом, (јасно опредељење болесника да угрози сопствени живот суицидом) коју бројни аутори сматрају фактором високог ризика за суицид. Принудна хоспитализација душевних болесника није озакоњена у бројним европским земљама. Ми сматрамо да овај облик задржавања душевних болесника треба реализовати у стањима високог ризика по сопствени живот или околину, који може душевни болесник остварити.

Shrivastava (265) означава екстрапирамидалне симптоме, изведен неуспео покушај суицида, суицидалну кризу и агресивност и насилничко поншање као апсолутне разлоге за хоспитализацију. Индикувана хоспитализација мора трајати довољно дуго, јер кратка хоспитализација и неадекватна терапијска потпора оболелог може представљати значајан фактор суицидалног ризика.

Ставовe сличне нашим деле и Qin и Nordentoft (240), који везано за хоспитализацију психијатријских пацијената, упозоравају на постојање два врха суицидалног ризика. То су, прва недеља након пријема у болницу и прва недеља након отпуста из болнице.

Актуелно стање песимизма утврдили смо код 281 (70,3%) испитаника укљученог у истраживање. Међу онима који су покушали суицид више леталним начином њих 70,8% је у клиничкој слици испољавало и песимизам. Изражени песимизам је испољило 68,0% испитаника са мање леталним начином покушаја суицида.

Један од модела самоубилачког понашања је стрес-дијатеза модел у коме фактори ризика попут велике депресивне епизоде или животних догађаја представљају окидач за сам акт суицида код особа са предиспозицијом за самоубилачко понашање или дијатезом, чије су карактеристике агресивност, импулсивност и тенденција ка песимизму (183). Песимизам, дефинисан вишком субјективне депресије, безнађем, суицидалним идејама и перцепцијом мање разлога за живот, представља елемент дијатезе за самоубилачко понашање (183, 217).

Наводе да у интегративном моделу суицидалног понашања оптимизам / песимизам представљају један од показатеља настанка депресивних симптома и фактора ризика за суицид потврдили су у својој студији Chang и сарадници (74) означивши песимизам снажним фактором ризика за суицидално понашање.

Склоности ка агресивном понашању, као клиничком атрибуту, утврдили смо код 233 испитаника у нашој студији што је чинило 58,4% од укупног броја. Разлика у склоности ка агресивном понашању између групација испитаника дефинисаних леталитетом начина покушаја суицида је испод нивоа статистичке значајности ($\chi^2=0,098$; $p=0,754$).

Висок проценат заступљености ове варијабле на нашем узорку у корелацији је са многим епидемиолошким, клиничким и мултидисциплинарним студијама које указују на повезаност склоности ка агресивном понашању и повишеног ризика од суицида како у менталним поремећајима тако и у преосталој популацији (30, 79, 150).

Неке студије су потврдиле да је агресивност фактор ризика суицидалне идеације када се јавља у склопу психијатријских поремећаја (136, 237, 299). Monk и сарадници (200) су у свом истраживању хоспитализоване пацијенте са шизофренијом и покушаним суицидом поделили у две групе: једну у којој су били

пацијенти без покушаја суицида или код којих су забележени само покушаји суицида и другу у којој су оболели поред покушаја суицида имали и несуицидално самоповређивање. Испитанике у категорији пацијената са суицидалним покушајем и несуицидалним самоповређивањем су у већини чиниле жене и младе особе и код њих су били присутнији симптоми агресивности као и већи број покушаја суицида што је представљало значајан фактор ризика за суицидално понашање (200). Америчко удружење психијатара у свом водичу за брзу идентификацију и лечење суицидалног понашања, агресивност, насилничко понашање, импулсивност и безнађе сврставају међу најзначајније симптомиме који могу да утичу на суицид (8).

Постије радови и о повезаности агресивности и афективних поремећаја (140; 189). Dumais и сарадници (92) агресивно понашање и млађи узраст сматрају факторима повишеног суицидалног ризика код оболелих од велике депресивне епизоде.

Компаративном анализом независних варијабли нисмо утврдили статистички значајну повезаност између (животног доба и броја ранијих покушаја суицида). У повезаности дужине трајања болести и броја ранијих покушаја суицида присутан је слаб степен статистичке значајности.

У статистичкој обради података користили смо и униваријантне и мултиваријантне логистичке регресије. У униваријантним логистичким моделима независне варијабле су били сви потенцијални фактори ризика покушаја суицида које смо анализирали током истраживања док је зависну варијаблу представљао број претходних покушаја суицида.

Статистички значајна повезаност са повећаним ризиком за поновни покушај суицида утврђена је за: **женски пол** ($B=0,416$; $p=0,039$), **већу дужину трајања болести** ($B=0,028$; $p=0,007$), **већи број хоспитализација због основног психијатријског обољења** ($B=0,187$; $p=0,023$), **постојање могућег хередитета** ($B=0,624$; $p=0,011$) и **акутно стање песимизма** ($B=0,5593$; $p=0,008$).

Факторе ризика поновљеног покушаја суицида за које смо у моделима униваријантне логистичке регресије утврдили статистичку значајност на нивоу од 0,05 унели смо као варијабле у модел мултиваријантне логистичке регресије. Цео

модел (са свим предикторима) био је статистички значајан ($\chi^2=45,267$; ДФ=8; $p<0,001$), али без значајне мултиколинеарности између предиктора.

У моделу мултиваријантне логистичке регресије статистички значајни фактори ризика поновљеног покушаја суицида су били: *нижи степен образовања* ($B=-0,315$; $p=0,040$) и однос шанси $OR=0,73$, *радни статус* [незапослени ($B=-0,658$; $p=0,034$) и однос шанси $OR=0,52$ у односу на пензионере као референтну категорију], *постојање могућег хередитета* ($B=0,826$; $p=0,002$), и однос шанси $OR=2,28$, и *актуелно стање песимизма* ($B=1,001$; $p<0,001$), уз однос шанси $OR=2,72$.

6. ЗАКЉУЧЦИ

1. Истраживање је спроведено на укупно 400 пацијената из две дијагностичке категорије: схизофренија (Ф 20)-200 испитаника и афективни поремећаји (Ф32 и Ф 33)-по 100 испитаника.
2. Значајно су чешћи мање летални начини покушаног суицида у односу на више леталне начине.
3. Међу пацијентима који су бирали више леталан начин покушаја суицида чешћи су мушкарци, млађе старосне доби са позитивном породичном историјом о психијатријским обољењима и суицидалном понашању и позитивном личном историјом о ранијим покушајима суицида.
4. Пацијенти из дијагностичке категорије схизофренија чешће се опредељују за леталнији начин покушаног суицида у односу на пацијенте из дијагностичке категорије афективни поремећаји.
5. Истраживањем је потврђено да испитаници обе експерименталне групе који су се једном определили за више леталан начин покушаја суицида имају и укупно већи број покушаја суицида.
6. Песимизам и агресивно понашање су у позитивној корелацији са избором више леталног начина покушаног суицида и са бројем ранијих покушаја суицида.
7. Песимизам уз већу дужину трајања болести, већи број хоспитализација, постојање могућег хередитета, нижи степен образовања и радну изолацију представљају статистички значајне предикторе поновљеног покушаја суицида.
8. Утемељено на потврђеним циљевима нашег истраживања могу се предложити мере превенције суицида.

7. ПРЕДЛОГ МЕРА

Дијагностичке категорије схизофренија и депресија означавају душевна обољења хроничног тока. На основу истраживања током XX века предвидиво прогностички пацијенти са овим обољењима завршавају суицидом и/или суицидалним покушајем чешће него болесници других дијагностичких категорија у оквиру психијатрије или људи у општој популацији.

Особу која је покушала суицид према нашем искуству треба обавезно хоспитализовати, односно лечити у болничким условима. Уколико болесник или његова породица након покушаног, а неуспешног суицида одбијају болничко испитивање и лечење треба предложити примену института принудног задржавања у стационарној установи у болесниковом интересу (*parens patriae*).

Болеснике из наведене две психијатријске дијагностичке категорије који су вршили своју суицидалну намеру треба схватити озбиљно. Током хоспиталне експлорације неопходан је интегративан психијатријски третман који делом треба подредити и предикцији суицида.

За сваког пацијента индивидуално треба утврдити факоре ризика за суицидално понашање и направити план за отклањање или ублажавање тих фактора у циљу превенције суицида. Интегративни психијатријски третман након болничког подразумева и ванболнички третман оболелог. Поред адекватне медикаментозне терапије и редовних контролних прегледа, пацијенту треба обезбедити подршку чланова његове породице и ближњих особа, али и подршку читаве заједнице. У складу са тим програми превенције самоубиства требају бити на различитим нивоима, од обуке такозваних чувара, односно људи из болесникове околине да препознају факторе ризика код оболелог и спрече га у извршењу акта суицида, до свеобухватних националних стратегија.

8. ЛІТЕРАТУРА

1. Abrutyn S, Mueller AS. When Too Much Integration and Regulation Hurts: Reenvisioning Durkheim's altruistic suicide. *Society and Mental Health*. 2015; Vol 6, Issue 1:56-71
2. Agerbo E, Qin P, Mortensen PB. Psychiatric illness, socioeconomic status, and marital status in people committing suicide: a matched case-sibling-control study. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60 (9):776-781
3. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86(9):726-732.
4. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression reconceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord*. 2005 Apr; 85(3):245-58,
5. Alexander FG, Selesnick ST. *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*. New York City: Harper and Row, Publishers; 1966.
6. Aliverdina A. Women's Fatalistic Suicide in Iran: A Partial Test of Durkheim in an Islamic Republic. *NCJRS*. 2009; Volume 15, Issue 3:307-320
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
8. American Psychiatric Association. *Assessing and Treating Suicidal Behaviors: A Quick Reference Guide*. APPI; 2003.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003; 160 (suppl 11):1-60
10. American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association; 2004
11. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Dragomericka E, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int. J. Methods Psychiatr. Res*. 2003; 12:3–21.

12. Andreasen NC, Black DW. *Introductory Textbook of Psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2006.
13. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:441–449.
14. Andreasen NC, Swayze VW, Flaum M, Yates WR, Arndt S, McChesney C. Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning. 1990 Nov; 47(11):1008-15.
15. Andrews LW. *Encyclopedia of Depression*. Santa Barbara: ABC-CLIO; 2010.
16. Angst J, Christoffel G. Unipolar mania: a necessary diagnostic concept. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. June 2015; Volume 265, Issue 4:273–280
17. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(7):724–731.
18. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004 Nov 4; 4:4-37.
19. Atkinson JM. *Discovering Suicide: Studies in the Social Organization of Sudden Death*, London: Macmillan; 1978.
20. Baek SB. Psychopathology of social isolation. *Journal of Exercise Rehabilitation*. 2014; 10(3):143-147.
21. Baldwin DS, Birtwistle J. *An atlas of depression*. New York: The Parthenon Publishing Group; 2002.
22. Balhara YP, Verma R. Schizophrenia and suicide. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012; 22:126-133.
23. Banwari GH, Vankar GK, Parikh MN. Comparison of suicide attempts in schizophrenia and major depressive disorder: An exploratory study. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2013; 5:309–315.
24. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med*. 2002; 14: 35-42.
25. Bech P. Struggle for Subtypes in Primary and Secondary Depression and Their Mode-Specific Treatment or Healing. *Psychother Psychosom*. 2010; 79:331-338.

26. Beck AT. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New American Library. New York; 1976.
27. Beck AT. The current state of cognitive therapy. A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:953-959.
28. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1999; 29(1):1-9.
29. Beck AT, Davis JH, Frederick CJ, Perlin S, Pokorny AD, Schulman RE, et al. Classification and nomenclature. In H. L. Resnick & B. C. Hawthorne (Eds.). *Suicide prevention in the seventies*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1973.
30. Becker DF, Grilo CM. Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: Comparisons by sex. *Canadian Journal of Psychiatry* 2007; 52(9): 572–581.
31. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9:1725–1736.
32. Belmaker RH and Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med*. 2008; 358:55-68.
33. Berkenkotter C. *Patient Tales: Case Histories and the Uses of Narrative in Psychiatry*. Columbia, South Carolina: University of South Carolina Press; 2008.
34. Berman AL, Silverman MM, Bongar BM. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, NY: Guilford Press.; 2012.
35. Berrios GE. Positive and negative symptoms and Jackson. A conceptual history. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Jan; 42(1): 95-7.
36. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläger J, et al. Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis-Five-year follow-up of the Danish OPUS trial. *Schizophr Research*. 2009; 107:173–178.
37. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*. 2004; 25(4):147-55.
38. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D. and Wasserman C. (eds.). *Oxford Textbook of*

- Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009.
39. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69:1139–1149.
 40. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2006; 11:336–51
 41. Brådvik L. Suicide after suicide attempt in severe depression. A long-term follow-up. *Suicide Life Threat Behav*. 2003; 33:381-388.
 42. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide. *Am Behav Sci*. 2003; 46:1192–210.
 43. Brent DA, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior-understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med*. 2006; 355:2719–21.
 44. Brewer K. *Ethnomethodology*. Orsett Psychological Services; 2004.
 45. Brezo J, Bureau A, Mérette C, Jomphe V, Barker ED, Vitaro F, et al. Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene-environment study. *Mol. Psychiatry*. 2010; Vol.15:831-843.
 46. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47:372–394.
 47. Briggs S. Consenting to its own Destruction: A Reassessment of Freud's Development of a theory of Suicide. *Psychoanal. Rev*. 2006; 93:541-564.
 48. Briggs S. Suicide prevention: The contribution of psychoanalysis. In: *Off the couch: Contemporary psychoanalytic applications*. London: Taylor & Francis; 2010.
 49. Brigitta B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2002; 4(1):7-20.
 50. British Columbia Schizophrenia Society. *Basic Facts About Schizophrenia*. 11th edition. British Columbia Schizophrenia Society; 2003.
 51. Brown GS, Jones ER, Betts E, Wu J. Improving suicide risk assessment in a managed-care environment. *Crisis*. 2003; 24(2):49-55.

52. Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2010; 196:116-21
53. Bruce DG, et al. Lifetime depression history and depression risk in type 2 diabetes: A case-control study. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2016; volume 30: 38-42.
54. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009; 35(2):383-402.
55. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WAM, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111:436–443.
56. Bukelić J. Autoagresivnost. *MD Medical Data*. 2009; 2:61-6.
57. Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint, *Psychopharmacol*. 2010; Vol. 24, Suppl. 4:17-25.
58. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. *Abnormal Psychology*. Ed. Susan Hartman. 13th ed. Boston: Pearson Education, Inc.; 2007.
59. Byard RW, Hanson KA, Gilbert JD. Suicide methods in the elderly in South Australia 1981-2000. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2004; (11):71-74.
60. Cairns VA. Model of Care for First-Episode Psychosis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2015; Vol 19(2):47-62.
61. Callanan VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry*. 2011; 47(6):857-69
62. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998;28(1):1–23.
63. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*. 2005; 162:12–24.
64. Carel H. *Life and Death in Freud and Heidegger*. Rodopi. Amsterdam-New York, NY; 2006.
65. Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2010 Jul; 10(7):1153-64.
66. Carpenter WT, Frost KH, Whearty KM, Strauss GP. Avolition, Negative Symptoms, and a Clinical Science Journey and Transition to the Future. *Nebr Symp Motiv*. 2016; 63:133-58.

67. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis.* 2013 Dec; 201(12):1007-20.
68. Carrasco GA, Van de Kar LD. Neuroendocrine pharmacology of stress. *Eur J Pharmacol.* 2003; 463:235–272
69. Carrigan CG, Lynch DJ. Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry.* 2003; 5(4):169-174.
70. Carroll BT. Kahlbaum's catatonia revisited. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001 Oct; 55(5):431-6.
71. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine.* 2003; 33: 395–405.
72. Cedereke M, Ojehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1–12 months. *Eur Psychiatry.* 2005; 20(2):101–109.
73. Centers for Disease Control and Prevention. *Suicide Trends Among Persons Aged 10-24 Years – United States; 2015.*
74. Chang EC, Yu EA, Lee JY, et al. An Examination of Optimism/Pessimism and Suicide Risk in Primary Care Patients: Does Belief in a Changeable Future Make a Difference?. *Cogn Ther Res* (2013) 37:796.
75. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev. Chronic Dis.* 2005; 2:A14.
76. Chaudhury S. Hallucinations: Clinical aspects and management. *Ind Psychiatry J.* 2010 Jan-Jun; 19(1):5–12.
77. Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ, et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: findings from the STAR*D trial. *J Affect Disord.* 2007; 97:77–84
78. Cole-King A, Green G, Gask L, Hines K, Platt S. Suicide mitigation: a compassionate approach to suicide prevention. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2013; 19:276-283.
79. Conner, KR, Swogger MT, Houston RJ. A test of reactive aggression-suicidal behavior hypotheses: Is there a case for proactive aggression?. *Journal of Abnormal Psychology.* 2009; 118(1):235–240.

80. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47:1263–1271.
81. Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE, Gfroerer J, et al. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years—United States, 2008-2009. *MMWR Surveill Summ*. 2011; 60:1–22.
82. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J . Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* . 2013; 170:324 – 333 .
83. Daskalakis NP, Binder EB. Schizophrenia in the Spectrum of Gene–Stress Interactions: The FKBP5 Example. *Schizophr Bull*. 2015; 41(2):323-329.
84. De Leo, D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof A.D.M., Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A.D.M. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings*. Washington, DC: Hogrefe & Huber; 2004.
85. Demily C, Jacquet P, Marie-Cardine M. How to differentiate schizophrenia from bipolar disorder using cognitive assessment? *Encephale*. 2009 Apr; 35(2):139-45.
86. DenneyJT. Family and Household Formations and Suicide in the United States. *Journal of Marriage and Family*. February 2010; 72:202–213
87. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex^{*}. *Social Science Quarterly*. 2009; 90:1167–1185.
88. Djurić Jočić D, Pavličić N. Skale za procenu suicidalnosti. *Engrami*. 2004; vol.26, br.3-4:83-96.
89. Docherty NM, Strauss ME, Dinzeo TJ, St-Hilaire A. The cognitive origins of specific types of schizophrenic speech disturbances. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:2111-8.
90. Douglas JD. *The Social Meanings of Suicide*. Princeton: N.J. Princeton University Press; 1967.
91. Drakulić – Mindoljević A. *Suicid fenomenologija i psihodinamika*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
92. Dumais A, Lesage BSc, Phil M, Alda M, Rouleau G, Dumont M, et al. Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of

- Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2116–2124
93. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). London: The Free Press. (Original work published 1897); 1951.
 94. Ebert A, Bär KJ. Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian J Psychiatry*. 2010; 52(2):191–192.
 95. Elnour A, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Inj Prev*. 2008; 14(1):39-45.
 96. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Mashile M, Fusar-Poli P. Long-acting injectable antipsychotics in early psychosis: a literature review. *Early Interv Psychiatry*. 2013; 7:247–254.
 97. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196:129–136.
 98. Farber ML. *Theory Of Suicide*. New York: Arno Press; 1977.
 99. Favazza AP. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*. 2012 March; 11(3):21-26.
 100. Fawcett J. Affective disorders in the DSM-5. *Psychiatrie*. 2013; 10:18-23.
 101. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1972; 26:57–63.
 102. Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav*. 2000; 30(1):34-49.
 103. Fialko L, Freeman D, Bebbington PE, et al. Understanding suicidal ideation in psychosis: Findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis. *Acta Psychiatr. Scand*. 2006; Vol. 114: 117-186.
 104. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression. *Neuron*. 2014; 81:484-503
 105. 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.
 106. Foussias G, Agid O, Fervaha G, Remington G., Negative symptoms of schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014 May; 24(5): 693-709.

107. Funahashi T, Yasuo Ibuki Y, Yuji Domon Y, Nishimura T, Akehashi D, Sugiura H. A clinical study on suicide among schizophrenics *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2000; 54:173–179.
108. Gambogi LB, Guimarães HC, Daker MV, Souza LC, Caramelli P. Kraepelin’s description of chronic mania: a clinical picture that meets the behavioral variant frontotemporal dementia phenotype. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2016; 74(9): 775-777.
109. Garcia-Portilla MP, Garcia-Alvarez L, Saiz PA, Al-Halabi S, Bobes-Bascaran MT, Bascaran MT, et al. Psychometric evaluation of the negative syndrome of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 265:559–566.
110. GBD. Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2013; 385 (9963):117–71
111. Ghasemi P, Shaghghi A, Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Health Promotion Perspectives*. 2015; 5(3):156-168.
112. Giesbrecht CJ, O’Rourke N, Leonova O, Strehlau V, Paquet K, et al. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): A Three-Factor Model of Psychopathology in Marginally Housed Persons with Substance Dependence and Psychiatric Illness. *PLOS ONE*. 2016; 11(3):e0151648.
113. Glickstein SB, Schmauss C. Dopamine receptor functions: lessons from knockout mice. *Pharmacol Ther*. 2001; 91:63.
114. Goodarzi Z, Kelly J, Mrklas KJ, Derek J. Roberts DJ, Nathalie Jette N, et al. Detecting depression in Parkinson disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2016; 87:426-437.
115. Goroll AH, Mulley AG. *Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult Patient*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2009.
116. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*; 2015.

117. Gross AL, Gallo JJ, Eaton WW. Depression and cancer risk: 24 years of follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area sample. *Cancer Causes Control*. 2010; 21:191–199.
118. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P. Depression and cardiovascular disease: A clinical review. *Eur Heart J*. 2014; 35:1365–1372.
119. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:1276–1278
120. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. Suicide Attempts in Schizophrenia: The Role of Command Auditory Hallucinations for Suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*. September 2003; 64(8):871-4. .
121. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry*. 2012; 13:318–78.
122. Haustgen T, Akiskal H. French antecedents of "contemporary" concepts in the American Psychiatric Association's classification of bipolar (mood) disorders. *J Affect Disord*. 2006; 96(3):149-63.
123. Hawton K, Casañas I, Comabella C, et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013; 147:17–28.
124. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013; 151(3):821–830.
125. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*. 2005; 187 (1):9-20;
126. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009; 373:1372–1381.
127. Heila H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and Schizophrenia: A Nationwide Psychological Autopsy Study on Age- and Sex-Specific Clinical Characteristics of 92 Suicide Victims With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1235–1242

128. Hodwitz O, Frey K. Anomic suicide: A Durkheimian analysis of European normlessness. *Sociological Spectrum*. 2016; Volume 36:236-254.
129. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62:417–422.
130. Holsboer F, Ising M. Stress hormone regulation: biological role and translation into therapy. *Annu Rev Psychol*. 2010; 61:81-109.
131. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*. 2010; 24:81-90.
132. Houry D. Suicidal patients in the emergency department: Who is at greatest risk? *Ann Emerg Med*. 2004 Jun; 43(6):731-2.
133. Howard R. Psychiatry in Pictures. *The British Journal of Psychiatry*. September 2001; Vol.179, No.3.
134. Humeau M, Senon JL. Attempted suicide by firearms: a retrospective study of 161 cases. *Encephale*. 2008 Oct; 34(5): 459-66.
135. Hunt IM, Kapur N, Robinson J, Shaw J, Flynn S, et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:135–142.
136. Iancu I, Bodner E, Roitman S, Piccone Sapir A, Poreh A, Kotler M. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*. 2010; 43(4):223-9.
137. Iriundo MR, Salaberria K, Echeburúa E. Schizophrenia: Analysis and psychological treatment according to the clinical staging. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41(1):52-9.
138. Ishii T, Hashimoto E, Ukai W, Kakutani Y, Ryuji Sasaki R, Toshikazu S. Characteristics of Attempted Suicide by Patients with Schizophrenia Compared with Those with Mood Disorders: A Case-Controlled Study in Northern Japan. *PLoS ONE*. 2014; 9(5): e96272
139. Ising M, Kunzel HE, Binder EB, Nickel T, Modell S, Holsboer F. The combined dexamethasone/CRH test as a potential surrogate marker in depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29:1085–1093.

140. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry*. 2014 Mar; 59(3): 120–130.
141. Israel JA. The Impact of Residual Symptoms in Major Depression. *Pharmaceuticals*. 2010; 3:2426-2440.
142. Jesmin UHR. Eros and Thanatos in the Psychical Process of Paul Morel: Diversity in Paul's Psyche. *Journal of Literature and Art Studies*. 2012; Vol. 2:538-543
143. Jo SJ, Yim HW, Bang MH, Lee MO, Jun TY, Choi JS, et al. The association between economic status and depressive symptoms: an individual and community level approach. *Psychiatry Investigation*. 2011; 8(3):194–200
144. Jouanna J. *Greek Medicine from Hippocrates to Galen: Selected Papers*. Leiden: Brill; 2012.
145. Jašović Gašić M, Toševski Lečić D. *Psihijatrija, Udžbenik za student medicine*. Beograd: CIBID; 2014.
146. Jugović AL, Luković M. Karakteristike samoubistava mladih. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*. 2012; Vol.11: 169-177.
147. Kahn S. Eros and Thanatos: a psychoanalytic examination of death in the context of working life. *Management Forum*. 2016; vol. 4, no. 3:29-40.
148. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Valenstein M. Suicide risk and precipitating circumstances among young, middle-aged, and older male veterans. *Am J Public Health*. 2012; 102 (Suppl 1): 131–137.
149. Karege F, Vaudan G, Schwald M, Perroud N, La Harpe R. Neurotrophin levels in postmortem brains of suicide victims and the effects of antemortem diagnosis and psychotropic drugs. *Brain Research. Molecular Brain Research*. 2005; 136:29–37.
150. Kelip JG, Gorlyn M, Oquendo MA, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychological Medicine*. 2006; 36:1779–1996.
151. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, and Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am. J. Psychiatry*. 2006; 163:109–114.
152. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, et al. The Roscommon family study. 1. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993; 50:527–540.

153. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress. Anxiety.* 2010; 27:351–364.
154. Khamker N, First episode schizophrenia. *South African Family Practice.* 2015; 57(5):29-33
155. Kiran Ch, Chaudhury S. Understanding delusions. *Ind Psychiatry J.* 2009; 18(1): 3–18.
156. Kirkpatrick B. Developing Concepts in Negative Symptoms: Primary vs Secondary and Apathy vs Expression. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75(Suppl 1):3–7.
157. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of general psychiatry.* 2001; 58(2):158-64.
158. Koeda A, Otsuka K, Nakamura H, Yambe T, Fukumoto K, et al. Characteristics of suicide attempts in patients diagnosed with schizophrenia in comparison with depression: a study of emergency room visit cases in Japan. *Schizophr Res.* 2012; 142:31–39.
159. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry.* 2012; ID 278730:1-33 pages.
160. Kotsopoulos S. Aretaeus the Cappadocian on mental illness. *Compr Psychiatry.* 1986; 27:171-179.
161. Kring AM, Raquel E, Gur RE, Blanchard JJ, Horan WP, Reise SP. The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): Final Development and Validation. *Am J Psychiatry.* 2013; 170(2):165-72.
162. Kryszynska K, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Archives Suicide Research.* 2010; 14(1):1–23.
163. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2014; (30):629–654.
164. Kuhn R, tr. Cahn CH. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *History of Psychiatry.* 2004; 15 (3):361–6.
165. Kumazaki T. Persecutory delusions and first-person authority. *Theory Psychology.* 2015; 25(1): 80-95.

166. Kuo CJ, Tsai ShY, Lo CH, Wang YP, ChCh. Risk Factors for Completed Suicide in Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* May 2005; 66:5.
167. Kushner HI, Sterk CE. The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. *American Journal of Public Health*. 2005; 95(7):1139-1143.
168. Kyziridis T. Notes on the history of schizophrenia. *German J Psych*. 2005;8:42-8
169. Lai, Xiong HM, et al. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug & Alcohol Dependence*. 2015; Volume 154: 1-13.
170. Lamberg L. Experts work to prevent college suicides. *JAMA*. 2006; 296:502-4.
171. Lang UE, Puls I, Muller DJ, et al. Molecular mechanisms of schizophrenia. *Cell. Physiol. Biochem*. 2007; 20:687–702.
172. Lavretsky H. History of Schizophrenia as a Psychiatric Disorder. In: Mueser KT, Jeste DV, editors. *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York, New York: Guilford Press; 2008.
173. Lee B-H, Kim Y-K. The Roles of BDNF in the Pathophysiology of Major Depression and in Antidepressant Treatment. *Psychiatry Investigation*. 2010; 7(4):231-235.
174. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon JA, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2nd ed. American Psychiatric Association; 2010.
175. Li SX, Lam SP, Yu MW, Zhang J, Wing YK. Nocturnal sleep disturbances as a predictor of suicide attempts among psychiatric outpatients: a clinical, epidemiologic, prospective study. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(11): 1440-1446.
176. Lieberman JA, Drake RE, Sederer LI, Belger A, Keefe R, Perkins D, Stroup S. Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2008 May; 59(5): 487-96.
177. Lieberman JA. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry*. 1999; 46(6):729-39.
178. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2014 Apr; 34(3):181–192.
179. Lm Hui C. Relapse in Schizophrenia. *Medical Bulletin*. 2011; Vol.16. No.5:8-9.
180. Magellan Healthcare. *Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient*. Columbia, Maryland: Magellan Health, Inc.; 2016.

181. Mann J, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies – a systematic review. *JAMA*. 2005; 294(16):2064–2074.
182. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiatry*. 1997; 41(2):162–171.
183. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:181–189.
184. Марић J. Клиничка психијатрија. 11. издање. Београд: Наша књига; 2011.
185. Maris RW. How are suicides different? In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford; 1992.
186. Marneros A. Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *J Affect Disord*. 2001; 67:229-240.
187. Masango SM, Rataemane ST, Motojesi AA. Suicide and suicide risk factors: A literature review. *SA Fam Pract*. 2008; Vol 50, No 6:25-29.
188. McFarlane WR. Prevention of the first episode of psychosis. *Psychiatr Clin North Am*. 2011 Mar; 34(1):95-107.
189. McGirr A, Renaud J, Bureau A, et al. Impulsive–aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*. 2008; 38:407–417.
190. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008; 30:67-76.
191. McKeown RE, Cuffe SP, Schulz RM. US Suicide Rates by Age Group, 1970–2002: An Examination of Recent Trends. *American Journal of Public Health*. 2006; 96(10):1744-1751.
192. McNally K. Eugen Bleuler's four A's. *Hist Psychol*. 2009; 12:43–59.
193. Mellick S. Sir Thomas Browne: physician 1605-1682 and the *Religio Medici*. *ANZ J Surg*. 2003 Jun; 73(6):431-7.
194. Meltzer HY. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci*. 2001; 932:44–58.
195. Miller M, Barber C, White RA, Azrael D. Firearms and Suicide in the United States: Is Risk Independent of Underlying Suicidal Behavior?. *Am J Epidemiol* 2013; 178 (6): 946-955.

196. Министарство здравља Републике Србије. Национални водич добре клиничке праксе Депресија. Министарство здравља Републике Србије; 2012.
197. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi. Terapijske smernice za lečenje depresije, Nacionalni vodič. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu CIBID; 2004.
198. Moller HJ. Course and long-term treatment of schizophrenic psychoses. *Pharmacopsychiatry*. 2004; 37(Suppl 2):126–135.
199. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of lifestress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*. 1991; 110:406–425.
200. Mork E, Walby FA, Harkavy-Friedman JM, Barrett EA, Steen NE, Lorentzen S, Andreassen OA, Melle I, Mehlum L. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013 Oct 9; 13:255.
201. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000; 355 (9197): 9-12.
202. Murray C. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
203. Narishige R, Kawashima Y, Otaka Y, Saito T and Okubo Y. Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC Psychiatry*. 2014; **14**:144.
204. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
205. Nenadović M.: Propedeutika psihijatrije, psihijatrijske dijagnostike i terapije, Beograd: Bigraf; 2004.
206. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008; 30 (1):133-154.

207. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192:98–105.
208. Nock MK, Borges G, Ono Y. *Suicide: Global perspectives from the WHO world mental health surveys*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2012.
209. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6:339-63.
210. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68:1058–1064.
211. Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P. et al. The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 2008; 34:137–154.
212. Nordström P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1995 Nov; 92(5): 345-50.
213. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002; 26(3):237–252.
214. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Jun; 45(6):631-8.
215. Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1855–61.
216. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(12):1172-1181.
217. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug; 161(8):1433-41.
218. Osborn D, Levy G, Nazareth I, King M. Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK General Practice Research Database. *Schizophr Res*. 2008; 99:134–138.
219. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:844-850.

220. Otte C, Wust S, Zhao S, Pawlikowska L, Kwok PY, Whooley MA. Glucocorticoid receptor gene and depression in patients with coronary heart disease: The Heart and Soul Study-2009 Curt Richter Award Winner. *Psychoneuroendocrinology*. 2009; 34:1574–1581.
221. Owen R. Schizophrenia-From devilry to disease, *Res Medica* 2014, 22(1):126-132.
222. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:193–199.
223. Özalp E. The Genetics of Suicidal Behavior. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2009; 20(1):1-9.
224. Osborn D, Levy G, Nazareth I, King M. Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database. *Schizophr Res*. 2008; 99(1-3):134-8.
225. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005; Vol. 62:247-253.
226. Pantović M, Milošević M, Marić N, Britvić D, Vuković O, Jašović-Gašić M. Katatoni sindrom – savremena razmatranja. *Engrami*. 2008; vol. 30:93-102
227. Park MH, Kim TS, Yim HW, Jeong SH, Lee C, Lee CU, Kim JM, Jung SW, Lee MS, Jun TY. Clinical characteristics of depressed patients with a history of suicide attempts: results from the CRESCEND study in South Korea. *J Nerv Ment Dis*. 2010 Oct; 198(10):748-54.
228. Pelizza L, Ferrari A. Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait?. *Annals of General Psychiatry*. 2009; 8:22
229. Penev G, Stanković B., Samoubistva u Srbiji početkom 21. veka i kretanja u proteklih pedeset godina. *Stanovništvo*. jul-decembar 2007; XLV, 2:25-62.
230. Peralta V, Cuesta MJ. Eugen Bleuler and the Schizophrenias: 100 Years After. *Schizophrenia Bulletin*. 2011 Nov; 37(6):1118–1120
231. Peralta V, Cuesta MJ, Serrano JF, Martinez-Larrea JA. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251 Suppl 1:14-6.
232. Phillips MR, Yang G, Li S, Li Y. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet*. 2004; 364(9439):1062-8.

233. Pichot P. Circular insanity, 150 years on. *Bull Acad Natl Med.* 2004; 188(2): 275-84.
234. Pompili M. Suicidology: a new discipline for preventing suicide. In M. Pompili (Ed.). *Suicide in the word of suicidologists.* New York: Nova Science; 2010.
235. Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al. Suicide risk in schizphrenia: learning from the past to change the future. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2007; Vol. 6, № 10: 122-125.
236. Pompili M, Lester D, Grisпинi A, Innamorati M, Calandro F, Iliceto P, et al. Completed suicide in schizophrenia: evidence from a case-control study. *Psychiatry Res.* 2009; 167:251–257.
237. Pompili M Serafini G, Innamorati M, Biondi M, Girardi N, Belvederi M, et al. Impulsivity, Aggression, and Suicide Risk in Patients with Schizophrenia. *Psychiatric Annals.* October 2013; 43:10
238. Porter R. *Madness: A Brief History.* New York City: Oxford University Press; 2002.
239. QinP, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry.* 2000; 177:546–50.
240. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Apr; 62(4): 427-32
241. Rabinowitz J, Levine SZ, Garibaldi G, Bugarski-Kirola D, Berardo CG, Kapur S. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophr Res.* 2012; 137:147-50.
242. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord.* 2004 Nov 1; 82(3):437-42.
243. Ratzliff A, Unutzer J, Katon W, Stephens KA. *Integrated Care: Creating Effective Mental and Primary Health Care Teams.* Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2016.
244. Reddy MC. Depression – The Global Crisis *Indian J Psychol Med.* 2012 Jul-Sep; 34(3):201–203.

245. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе. Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење шизофреније. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2013.
246. Retterstøl N, Mehlum L. Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow up. In: Wasserman D (ed). *Suicide – an unnecessary death*. Martin Dunitz: London; 2001.
247. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2007; 20:17–22.
248. Robinson D, Renshaw C, Okello C, Moller H, Davies E. Suicide in cancer patients in Southeast England from 1996 to 2005: A population based study. *British Journal of Cancer*. 2009; 101(1):198-201.
249. Roy A, Segal NL. Suicidal behavior in twins: a replication. *J Affect Disord*. 2001; 66:71-4.
250. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010 Jul 13; 341: c3222.
251. Sabate E. Background Paper 6.15 Depression. By Julisca Cesar & Fárez Chavoushi; 2013.
252. Sadock BJ, Sadock VA, z. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
253. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?. *Arch Gen. Psychiatry*. 2007; 64:1123-1131.
254. Santosh R, Goyal S, Goyal P, Sagar R, Sharan P. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center. *Industrial Psychiatry Journal*. 2011; 20(1):11-16.
255. Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57:925–935.
256. Sarkisian N, Gerstel N. Till marriage do us part: Adult children's relationships with their parents. *Journal of Marriage and Family*. 2008; 14(4):360-376.

257. Schenkel LS, Silverstein SM. Dimensions of premorbid functioning in schizophrenia: a review of neuromotor, cognitive, social, and behavioral domains. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. 2004 Aug; 130(3):241-70.
258. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological Insights From 108 Schizophrenia-Associated Genetic Loci. *Nature*. 2014 Jul 24; 511(7510):421–427.
259. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, eds. *Origins, prevention, and treatment of affective disorders*. New York: Academic; 1979.
260. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophrenia Bulletin*. 2008; Volume 35:5-8.
261. Shen LH, Liao MH, Tseng YC. Recent advances in imaging of dopaminergic neurons for evaluation of neuropsychiatric disorders. *J Biomed Biotechnol*. 2012; 2012:1–14.
262. Sher L, Mann JJ, Traskman-Benzd L, Winchel R, Huang YY, Fertuck E, Stanley BH. Lower cerebrospinal fluid homovanillic acid levels in depressed suicide attempters. *J Affect Disord* 2006; 90(1):83-9.
263. Shibre T, Hanlon C, Medhin G, et al. Suicide and suicide attempts in people with severe mental disorders in Butajira, Ethiopia: 10 year follow-up of a population-based cohort. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:150.
264. Shneidman ES. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis*. 1993; 181:145-147.
265. Shrivastava A, Berlemont C, Campbell R, Johnston M, De Sousa A, Shah N. Suicide in hospitalized early psychosis patients at the time of discharge from hospital: An exploratory study of attempters and nonattempters. *Indian J Psychiatry*. 2016; 58:142-6.
266. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007; 37(3):264-77.
267. Simon RI. Passive suicidal ideation: Still a high-risk clinical scenario. *Current Psychiatry*. 2014 March;13(3):13-15

268. Simon RI. Review of Clinical Psychiatry and the Law. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1991.
269. Sisek-Šprem M, Herceg M, Jukić B. Symptoms of schizophrenia and suicidal behaviour. *European Psychiatry*. 2016; Volume 33, Supplement: Page S310.
270. Skogman K, Ojahagen A. Motives for Suicide Attempts-the Views of the Patients. *Archives of Suicide Resarch*. 2003; 7:193-206.
271. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, et al. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64: 1094–1100.
272. Srivastava S, Kulshreshtha N. Expression of suicidal intent in depressives. *Indian J Psychiatry*. 2000; 42:184–7.
273. Stahl SM. Depression and Bipolar Disorder: Stahl's Essential Psychopharmacology, 3rd edition (Essential Psychopharmacology Series) 3rd ed. Edition. New York: Cambridge University Press; 2008.
274. Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 100:383–388
275. Strauss J. Reconceptualizing Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2014; 40 (Suppl 2): 97-100.
276. Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G. The broken heart: suicidal ideation in bereavement. *Am J Psychiatry*. 2005 Nov; 162(11):2178-80.
277. Sullivan PF, Neale MC, and Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry*. 2000; 157:1552– 1562.
278. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry*. 2004; 184:293-8.
279. Suominen K, Isometsa E, Suokas J, et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psych*. 2004; 161:562–563.
280. SZO: Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, Deseta revizija, Izdanje 2010. Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”; 2013.
281. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr. Res*. 2013; 150 (1):3–10.

282. Takahashi Y. Depression and Suicide. *JMAJ*, 2001; 44(8):359–363.
283. Tebeka S, Hoertel N, Dubertret C, Le Strat Y, Parental Divorce or Death During Childhood and Adolescence and Its Association With Mental Health. *Journal of Nervous & Mental Disease*. September 2016; Vol. 204: 678–685.
284. Teti GL, Rebok F, Rojas SM, Grendas L, Daray FM. Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 36(2):124–33.
285. Thong JY, Su AH, Chan YH, Chia BH. Suicide in psychiatric patients: case-control study in Singapore. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 Jun; 42(6):509-19.
286. Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ*. 2013; 346:f3423.
287. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008; 337: a2205.
288. Titmarsh S. Characteristics and duration of mania: implications for continuation treatment. *Prog. Neurol. Psychiatry*. 2013; 17:26–27.
289. Topaz M, Shafran-Topaz L, KH. ICD-9 to ICD-10: Evolution, Revolution, and Current Debates in the United States, *Perspect Health Inf Manag*. Spring; 2013.
290. Trémeau F, Nolan KA, Malaspina D, Javitt DC. Behavioral validation of avolition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2012; 138(2-3):255-261
291. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2014; 59(11):576-585.
292. Uwakwe R, Gureje O. The relationship of comorbidity of mental and substance use disorders with suicidal behaviors in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(3):173–180.
293. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc. Sci. Med*. 2010; 71:305–313.
294. van Erp TGM, Preda A, Nguyen D, Faziola L, Turner J, Bustillo J, et al. Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. *Schizophrenia Research*. 2014; Volume 152, Issue 1:289-294

295. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009 Aug 22; 374(9690):635-45.
296. Vaughn MG, Wexler J, Beaver KM, Perron BE, Roberts G, Fu Q. Psychiatric correlates of behavioral indicators of school disengagement in the United States. *Psychiatr Q*. 2011 Sep; 82(3):191-206.
297. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighbourhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry*. 2007; 165:66–73.
298. Videbeck ShL. *Psychiatric-Mental Health Nursing, 5th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
299. Volavka J. Aggression in Psychoses. *Advances in Psychiatry*. 2014; pages 20.
300. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199:453–8
301. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: D Wasserman (ed.). *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz; 2001.
302. Waters F, Badcock J, Michie P, Maybery M. Auditory hallucinations in schizophrenia: Intrusive thoughts and forgotten memories. *Cognitive Neuropsychiatry*. February 2006; 11(1):65-83.
303. Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, et al. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69:256–264.
304. Webb RT, Långström N, Runeson B, Lichtenstein P, Fazel S. Schizophr Res. Violent offending and IQ level as predictors of suicide in schizophrenia: national cohort study. 2011 Aug; 130 (1-3):143-7.
305. Weinberger DR, Harrison P. *Schizophrenia, 3rd Edition*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
306. Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Application*. Sage. London; 2007.
307. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382:1575-86.

308. WHO. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
309. WHO. Preventing suicide A community engagement toolkit. World Health Organization; 2016.
310. WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organisation; 2014.
311. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry* 2011; 168(5):495–501.
312. Windfuhr K, While D, Hunt I, et al. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49:1155–65.
313. World Health Organization. Depression: A Global Crisis. In: WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, editor. Depression: A Global Public Health Concern. Geneva: WHO Press; 2012.
314. World Health Organization. Health for the world’s adolescents. Geneva: World Health Organization; 2014.
315. World Health Organization. Summary report: Working group in preventive practices in suicide and attempted suicide. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 1986.
316. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. 1. Cost of illness. 2. World health-statistics. 3. Mortality-trends., World Health Organization; 2008.
317. Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, Ball DE, Kessler RC, Moulis M, Aggarwal J. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatry*. 2005 Sep; 66(9):1122-9.
318. Zalpuri I, Rothschild AJ. Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 Jul 1; 198:23-31.

9. ПРИЛОЗИ

ИСТРАЖИВАЧКИ ПРОТОКОЛ

ИСТРАЖИВАЧКИ ПРОТОКОЛ

У пројекту докторске дисертације др Игора Грбића под насловом „**Начини покушаја суицида хоспитално лечених болесника са шизофреним и афективним поремећајима**“ - ментор проф. др Милутин Ненадовић

Упитник са демографским подацима

Редни бр. _____

МБ историје болести _____

Име и презиме _____

Година рођења. _____

Пол: Мушки Женски

Занимање (образовање): неписмен / основно / средње / више / факултет

Радни статус: незапослен / запослен / пензионер

Брачно стање: нежењен/а у браку разведен/а удовац/ица

Остварено родитељство: ДА НЕ

Упитник о клиничком стању

Дг: Ф20. 0-9 Ф32. 0-9 Ф33. 0-3

Дужина болести у годинама _____

Актуена хоспитализација по реду _____

Вид хоспитализације: добровољна /принудна

Укупни број хоспитализација због психијатријске болести:

I II III вишеструка

Могући хередитет (податак о суициду или покушају суицида у породици): ДА НЕ

Ранији покушаји суицида: ДА НЕ (колико) _____

Начин покушаја суицида:

а) тровање, б) лекови, в) вешање, г) ватрено оружје, д) нож (оштри предмети),
ђ) скок са висине, е) скок са моста, ж) бацање под возило, з) неки други начин

Актуелно стање песимизма: ДА НЕ

Склоност ка агресивном – импулсивном понашању: ДА НЕ

ЛИСТА СКРАЋЕНИЦА КОРИШЋЕНИХ У РАДУ

СЗО-Свецка здравствена организација

САД – Сједињене Америчке Државе

GABA-Gamma-Amino Butyric acid

МКБ-10 – Међународна класификација болести 10

ICD-10-International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

DSM-V-Manual of Mental Disorders

SAPS-Scale for the Assessment of Positive Symptoms

SANS-Scale for the Assessment of Negative Symptoms

PANSS-Positive and Negative Syndrome Scale

BDNF-Brain-Derived Neurotrophic Factor

ТПХ-транспортери серотонина

ЦОМТ-катехол-О-метил трансфераза

МАО-А-моноамино оксидаза-А

(ТХ)-тирозин хидроксилаза

5-ХИАА-5 хидрокси индол сирћетнае киселина

SSI-Scales for Suicide Ideation

BHS-Beck Hopelessness Scale

MSSI-Modified Scale for Suicide Ideation

(SNS – Suicidal Intent Scale

PANSI-Positive and Negative Suicide Ideation);

C-SSRS-Columbia Suicide Severity Rating Scale

RFL – Reasons for Living Inventory

SPS – Suicide Probability Scale

БИОГРАФИЈА

др Игор Грбић рођен је 27.02.1986. године у Приштини. На Медицинском факултету универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици дипломирао 2011. године са просечном оценом 8,28.

Докторске студије на Медицинском факултету Универзитет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици уписао је школске 2012/13 године.

Године 2013. одобрена му је специјализација из Психијатрије, након чега је на Медицинском факултету Универзитет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици уписао специјалистичке студије.

Од 2013. године запослен је у Клиници за психијатрију „др Лаза лазаревић“ у Београду.

У звање сарадник у настави изабран је 2013. године, а у звање сарадник клиничар 2016. године.

Учествовао је на научним скуповима и објавио 8 радова.

Изјава о ауторству

Потписан: Игор Грбић
број индекса 86 2012/13

Изјављујем

да је докторска дисертација

НАЧИНИ ПОКУШАЈА СУИЦИДА ХОСПИТАЛНО ЛЕЧЕНИХ БОЛЕСНИКА СА СХИЗОФРЕНИМ И АФЕКТИВНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

- 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 ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Косовској Митровици, 15.05.2017. године

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: Игор Грбић

Број индекса : 86 2012/13

Студијски програм: Докторске академске студије

Наслов рада: **Начини покушаја суицида хоспитално лечених болесника са схизофреним и афективним поремећајима**

Ментор: Проф. др Милутин М. Ненадовић

Потписан: Игор Грбић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао 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, 15.05.2017. године

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:

НАЧИНИ ПОКУШАЈА СУИЦИДА ХОСПИТАЛНО ЛЕЧЕНИХ БОЛЕСНИКА СА СХИЗОФРЕНИМ И АФЕКТИВНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао 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.

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, 17.05.2017. године

