

Zdravstvena njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje

Špondreht, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:815235>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

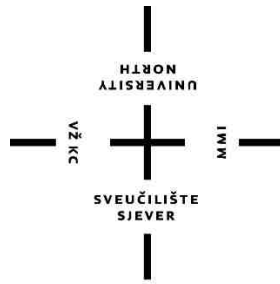
Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





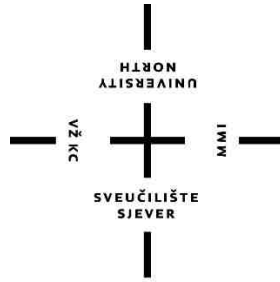
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 817/SS/2016

**Zdravstvena njega osoba s rizikom za suicidalno
ponašanje**

Marina Špondreht 5400/601

Varaždin, rujan 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 817/SS/2016

Zdravstvena njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje

Student

Marina Špondreht 5400/601

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn

Varaždin, rujan 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|-------------|---|--------------|---|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | | |
| PRISTOPNIK | Marina Špondreht | NATIČNI BROJ | 5400/601 |
| DATUM | 20.09.2016. | KOLEKTIV | Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika |
| NASLOV RADA | Zdravstvena njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje | | |

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Health care of individuals at risk of suicidal behavior

| | | | |
|--------|------------------------------------|--------|----------|
| MENTOR | Marija Božičević, mag. med. techn. | ZVANJE | predavač |
|--------|------------------------------------|--------|----------|

| | |
|----------------------|--|
| ČLANOVI POVJERENSTVA | doc. dr. sc. Natalija Uršulin Trstenjak, predsjednik |
| 1. | Marija Božičević, mag. med. techn., mentor |
| 2. | Junča Veronek, mag. med. techn., član |
| 3. | Melita Sejko, dipl. med. techn., zamjenski član |
| 4. | |
| 5. | |

Zadatak završnog rada

| | |
|------|-------------|
| BROJ | 817/SS/2016 |
|------|-------------|

OPIS

Suicid se definira kao dobrovoljno i namjerno samouništenje, a dolazi od latinske riječi sui-sebe i occidere-ubiti. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje da svake godine oko milijun ljudi u svijetu počini suicid, dok je deset puta veći broj pokušaja, čime se suicidalnost svrstava među vodeće javnozdravstvene probleme. Procjenjuje se da 60% svih suicida počine osobe s mentalnim poremećajima, najčešće obojeli od afektivnih poremećaja (velika depresija, bipolarni poremećaj, shizoafektivni poremećaj). Suicidalnost je vrlo složen psihopatološki entitet, a uzroci i čimbenici rizika za suicid mnogobrojni su i kompleksni. Liječenje i zdravstvena skrb za suicidalnog bolesnika podrazumijevaju aktivan pristup svih sudionika tog procesa. Medicinske sestre i tehničari svojim znanjem, komunikacijskim vještinama, trajnom edukacijom, radom na osobnom rastu i razvoju uz naglašavanje vrijednosti života, kroz planiranje zdravstvene njege i sestrinske intervencije proaktivno sudjeluju u prevenciji, njezi i liječenju suicidalnih bolesnika.

U radu je potrebno

- definirati pojmove vezane uz suicidalnost
- prikazati epidemiološke pokazatelje suicidalnog ponašanja
- prikazati prevenciju i čimbenike rizika suicidalnog ponašanja
- prikazati dijagnostičke modele i terapijske postupke
- objasniti i prikazati kompetencije medicinske sestre i sestrinske intervencije kod osoba s rizikom za suicidalno ponašanje

Sažetak

Suicid se najčešće definira kao dobrovoljno ili namjerno samouništenje. Smatra se da je stopa suicida porasla za 60 % u posljednjih 50 godina. Najčešći način počinjenja suicida je vješanje i jednako je zastupljen u oba spola. Kod muškraca su češća samoubojstva vatrenim oružjem, dok žene najčešće biraju predoziranje. Kao čimbenici rizika najčešće se navode muški spol, starija životna dob (više od 65 godina), udovci, nezaposlene osobe, postojanje duševne bolesti. Također se navode prethodni pokušaji samoubojstva, trenutne suicidalne misli, društvena izolacija, a veoma je bitan komorbiditet sa nekom drugom bolesti (depresijom, shizofrenijom). Biološki čimbenici veoma su važni i razlog što se suicidalnost češće pojavljuje u određenim populacijama. Važno je promatrati i koncentraciju kolesterola i serotonina. Suicidalno ponašanje može se objasniti i putem modela dijateza-stres u kojem dolazi do interakcije psihijatrijskih, psiholoških i bioloških čimbenika s ranim traumatskim iskustvom. Psihijatrijski poremećaji utječu na razvoj suicidalnosti, osobito bipolarni afektivni poremećaj (BAP), ovisnost o alkoholu i depresija. Kod suicidalnih bolesnika često osoba uz dijagnozu osnovnog poremećaja ima elemente za dijagnozu još jednog ili više poremećaja te je stoga potrebno u postavljanje osnovne dijagnoze procijeniti i postojanje eventualnog komorbiditeta. Alkoholizam i zlouporaba droga najčešće su psihijatrijske bolesti i među vodećim uzrocima smrtnosti. Osobe sa shizofrenijom također su pod povećanim rizikom za suicidalno ponašanje. Učestalost pokušaja samoubojstva procjenjuje se na 25-50%. Suicidalnost je izrazito velik javnozdravstveni problem te je prevencija od velike važnosti, a podijeljena je na primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu. Prevenciji suicida može se pristupiti na dva načina: prevencija usmjerena na visokorizičnu skupinu ili na cijelu populaciju. Ovisno o dijagnozi i etiologiji, potrebno je kontinuirano voditi brigu i spriječiti pokušaj suicida. Svaki pokušaj, čak i prijetnju, treba shvatiti vrlo ozbiljno. Najčešće sestrinske dijagnoze kod suicidalnih bolesnika su visok rizik za samoubojstvo i visok rizik za samoozljeđivanje.

Ključne riječi: suicid, suicidalnost, rizični čimbenici, procjena

Popis korištenih kratica

| | |
|-------------|---|
| SZO | Svjetska zdravstvena organizacija |
| BAP | Bipolarni afektivni poremećaj |
| SŽS | Središnji živčani sustav |
| SAC | Suicide Assessment Checklist |
| CAQ | Coping Abilities Questionnaire |
| HHN | Hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda |
| PTSP | Posttraumatski stresni poremećaj |
| EPS | Ekstrapiramidni simptom |
| EST | Elektrostimulativna terapija |
| TMS | Transkranijalna magnetna stimulacija |

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Suicid | 3 |
| 3. Procjena | 6 |
| 3.1. Ljestvice za procjenu suicidalnosti | 8 |
| 4. Etiologija | 9 |
| 5. Čimbenici rizika | 11 |
| 6. Biološke osnove suicidalnog ponašanja | 13 |
| 7. Psihijatrijski poremećaji | 15 |
| 7.1. Ovisnosti o alkoholu i drogama | 15 |
| 7.2. Psihотиčni poremećaji | 16 |
| 7.3. Poremećaji raspoloženja | 17 |
| 7.4. Anksiozni poremećaji | 17 |
| 8. Prevencija suicidalnog ponašanja | 19 |
| 9. Zdravstvena njega | 21 |
| 10. Sestrinske dijagnoze kod suicidalnih bolesnika | 23 |
| 11. Terapija | 25 |
| 12. Zaključak | 28 |
| 13. Literatura | 29 |

1. Uvod

Suicid se najčešće definira kao dobrovoljno ili namjerno samouništenje. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2006.godine, oko milijun ljudi godišnje oduzme si vlastiti život, što prelazi broj osoba poginulih u ratu i ubijenih. [1] Smatra se da je stopa suicida porasla za 60 % u posljednjih 50 godina. Znatno je veća stopa suicida u muškaraca, dok je u žena je znatno veća stopa pokušaja suicida.

Čimbenici rizika za suicidalno ponašanje uključuje različite demografske, psihijatrijske, psihološke i biološke čimbenike. Pod povećanim su rizikom muškarci stariji od 75 godina, koji sve češće javlja i u mlađim dobnim skupinama kao posljedica zlouporaba droga, što je uz alkoholizam najčešća psihijatrijska bolest i među vodećim uzrocima smrtnosti. Kod takvih osoba češće su prisutne suicidalne ideje te stoga imaju 60 do 120 puta veći rizik za samoubojstvo u usporedbi sa psihički zdravom populacijom. Prema novijim istraživanjima za dijagnosticiranje suicidalnosti bitnu ulogu ima i genetika te se detaljna anamneza o psihijatrijskim poremećajima i suicidima u obitelji danas smatra dijelom rutinske psihijatrijske procjene. Veoma bitnu ulogu imaju i kolesterol i serotonin. Osobe kod kojih je prisutna niska razina kolesterola prisutno je i suicidalno ponašanje. Također smanjena serotoninjska funkcija povezuje se s anksioznošću i agresijom. Veoma su važni i i čimbenici djetinjstva. Osobe koje su u djetinjstvu bile zlostavljane, doživjele traumu, izgubile bližnju osobu također imaju rizik za suicidalno ponašanje. S vremenom agresija koju osoba osjeća okreće se prema unutra te se osoba počne samoozljeđivati. Kod nekih osoba to je postupak samokontrole i svemoći kada ne mogu promijeniti situacije koje su doživjeli. Osobe sa psihijatrijskim poremećajem nose visok rizik za počinjenje suicida, osobito s BAP-om, alkoholizmom i depresijom. Pri liječenju depresivnog bolesnika važno je imati na umu da rizik samoubojstva nije najveći kad je bolesnik u nadubljnoj fazi depresije. Povezanost suicidalnosti s anksioznošću češća je kod žena, budući da je kod žena veća učestalost anksioznih poremećaja, a vjerojatnija je u komorbiditetnim stanjima. Tako kod bipolarnih bolesnika, dijagnoza anksioznog poremećaja više nego dvostruko uvećava mogućnost postojanja pokušaja suicida u anamnezi.

Samoubojstva postaju sve veći javnozdravstveni problem te je prevencija veoma bitna za poboljšanje zdravstvenog sustava. Znanstvenih istraživanja o samoubojstvu nema mnogo radi

niske pojavnosti suicida te je potrebno više vremena za prikupljanje podataka da bi se provelo određeno istraživanje. Razlikujemo tri razine prevencije suicida: primarna, sekundarna i tercijarna koje počinju s aktivnostima kojima je cilj spriječiti i smanjiti pojavnost suicida, do mjera nakon pokušaja suicida. Radi poboljšanja svjesnosti postojanja problema suicida potrebno je obrazovanje opće populacije. Postoje razne edukacije koje također smanjuju stigmatizaciju suicida te mogućnost rješenja drugih teških životnih problema. Edukativne strategije mogu biti usmjerene i na adolescentnu populaciju koje se provode školskim programom. U programima prevencije samoubojstva veoma je važno poboljšati rano prepoznavanje i liječenje duševnih poremećaja depresije od liječnika primarne zdravstvene zaštite. Sve suicidalne misli i pokušaje suicida treba shvatiti ozbiljno. Kada se kod osoba otkrije rizik za suicidalno ponašanje bitno je odmah intervenirati. Ukoliko postoji komorbiditet sa nekom drugo dijagnozom, potrebno je započeti liječenje te druge bolesti. Veoma je bitno razgovarati s bolesnikom i pružiti mu osjećaj sigurnosti i povjerenja kako bi mogao u potpunosti izraziti svoje osjećaje.

U zdravstvenoj njezi suicidalnog bolesnika veoma je bitna uloga medicinske sestre koja kontinuirano promatra i nadzire pacijenta. S bolesnikom treba otvoreno razgovarati i poticati ga na iskazivanje osjećaja. Potrebno je stvoriti odnos povjerenja kako bi bolesnik bez straha i srama mogao reći medicinskoj sestri kako se osjeća i o čemu razmišlja. Medicinska sestra mora znati prepoznati promjene u ponašanju bolesnika koje su sumnjive te upućuju na postojanje suicidalnih misli. Bolesnik može verbalno izražavati želju za završetkom života i suicidom, a s druge strane može govoriti kako je sve u redu, a da ipak postoje suicidalne misli i ideje. U tom slučaju veoma je bitno promatrati bolesnikovo ponašanje i neverbalnu komunikaciju iz čega se također može prepoznati postojanje suicidalnih misli i ideja. Ukoliko uoči bilo kakvu promjenu ili intuitivno osjeti da nešto nije u redu treba hitno reagirati.

U liječenju suicidalnosti najviše se ističu litij i klopazin. Uvođenjem klasičnih antipsihotika stopa suicida nije se znatnije promijenila, dok je uvođenjem novih antipsihotika došlo do minimalnog smanjenja suicidalnog ponašanja. Uz psihofarmakoterapiju i liječenje suicidalnosti iznimno je bitna i psihoterapija.

2. Suicid

Riječ „suicidium“ latinskog je podrijetla (sui-sebe, occidere-ubiti, caedes-ubojstvo) te se u hrvatskom jeziku prevodi kao samoubojstvo ili samouništenje. Nastala je u 17.stoljeću, a dotada su se u starogrčkom koristili različiti izrazi koji su označavali čin samoubojstva: *autocheir*, *autothanatos*, *autophonos*. Latinski nije imao svoju riječ za suicid, tek su se s pojavom kršćanstva počeli rabiti izrazi *homicidia sui suisius ili assassinium sui suisius*. U vokabularu starogrčkog i latinskog nalazilo se više od 300 riječi koje su označavale čin samoubojstva.[2]

Samoubojstvo se smatra procesom koji može trajati i nekoliko godina, a parasuicidalno ponašanje nastaje zbog nesposobnosti čovjeka da svojim obrambenim mehanizmima kontrolira agresivnost te je oslobađa na socijalno prihvatljiv način. Parasuicidalnim ponašanjem smatra se započeti čin suicida, ali nedovršen. Takvo ponašanje može se nazvati i “namjerno samoozljeđivanje” iz razloga što 4/5 osoba koje pokušaju suicid ne čine to na dovoljno uvjerljiv način te se smatra da osoba nije imala namjeru počinuti samoubojstvo. Kada čovjek svjesno razmišlja o mogućnosti oduzimanja vlastitog života tada se koristi pojam suicidalno razmišljanje gdje osoba razmišlja na koji bi način mogla počinuti samoubojstvo. Kada osoba krene govoriti o suicidu treba ju shvatiti ozbiljno i s njome razgovarati. Ukoliko osoba pokuša počinuti samoubojstvo, ali ne dođe do samoubojstva riječ je o pokušaju samoubojstva. Ponekad osoba želi samo na neko vrijeme pobjeći od stvarnosti pa uzima veće doze sredstava za uspavljivanje te ulazi u duboki san koji okolina doživljava kao pokušaj samoubojstva. Osobe mogu i prijetiti samoubojstvom pa okolini govoriti kako će počinuti samoubojstvo, da ju nitko ne može odgovoriti, ali pri tome ništa ne poduzima kako bi si oduzela život. Fareberow i Litman podijelili su samoubojstvo u tri kategorije: biti, ne biti i biti ili ne biti. U kategoriji biti osoba zapravo ne želi umrjeti već žele pokazati kako im je potrebna pomoć. To su uglavnom žene i opasnost čina je mala. Osobe koje se svrstavaju u kategoriju ne biti stvarno žele počinuti samoubojstvo i odabiru opasne načine, no ne daju namjeru prije čina. Dok su u zadnjoj kategoriji neodlučne te odabiru opasne načine, ali sporog djelovanja.

Jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja je ona O'Carrolla i sur.[3]:

- Samoubojstvo - dokazano samouzrokovana smrt
- Pokušaj samoubojstva - samoozljeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalni ishod, pri

čemu postoje dokazi da je osoba namjeravala počiniti samoubojstvo

- Prekinuti pokušaj samoubojstva - potencijalno samoozljeđujuće ponašanje gdje postoje dokazi da je osoba namjeravala prouzročiti vlastitu smrt, ali je ta radnja prekinuta
- Pomišljanja o samoubojstvu- razmišljanja da se skrivi vlastitu smrt
- Suicidalna namjera - sumjektivno očekivanje i želja da svojevolumni samodestruktivni čin dovede do vlastite smrti
- Smrtnost samoubilačkog ponašanja (letalnost suicidalnog ponašanja) - objektivna opasnost za vlastiti život povezan s metodom izbora
- Namjerno samoozljeđivanje - svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez stvarne želje da se skonča vlastiti život

Suicidalne osobe imaju negativno mišljenje o sebi te na takav način doživljavaju i okolinu. Povlače se u sebe i postaju depresivne te započinju suicidalne misli. Osobe koje su ostale bez posla ili su zapali u dugove nekad ne pronalaze rješenja te počinju suicidalne misli i vjerovanje kako nema izlaza i da bi se sve rješilo kada bi si oduzeli život. Kao psihoanalitička formula suicidalnog mehanizma spominje se Stekelova teza prema kojoj se “nitko ne ubija sam, ukoliko prije nije poželio ubiti nekog drugog, kome ima određeni emocionalni odnos.” [4] Freudova teorija autoagresije objašnjava se kao rezultat identifikacije ega s uključenim voljenim objektom koji je napušten. Prema toj teoriji ljudi kada izgube voljenu osobu agresiju koju osjećaju u jednom se trenutku okreću prema unutra (samoubojstvo na 180 stupnjeva). Iz toga je nastala teza o trijasi prisutnom u suicidu: želja da se ubije, želja da bude ubijen i želja za smrću.

Prema Durkheimu, koji je položio temelje psihosocijalne teorije suicida, sva se samoubojstva mogu smjestiti u tri kategorije: egoistično, altruistično i anomalno samoubojstvo. Egoistično samoubojstvo je povezano s ljudima koji su izgubili interes za društveni aspekt života, ili nisu potpuno i pravilno integrirani u društvo. Prema profilu je većina od njih fizički hendikepirana ili duševno poremećena. Iz ove perspektive također možemo promatrati problem integracije etičke i vjerske manjine, jer su ove skupine često izolirane od ostatka društva. Altruistično samoubojstvo je vrlo dobro poznato među vjerskim, društvenim ili političkim skupinama. Povezano je s pojedincima koji odlučuju umrijeti kao žrtve za ostatak skupine ili za ciljeve određene grupe. Anomalno samoubojstvo se pojavljuje u situacijama gdje postoje velike socijalne i ekonomske promjene i kada dolazi do

dezintegracije kulture. Položaj pojedinca je promijenjen što stvara osjećaj nesigurnosti koji donosi suicidalne misli.

Rana negativna iskustva imaju jači utjecaj na strukturiranje osobnosti nego rana pozitivna iskustva. Osobe s ranim negativnim iskustvima kasnije u životu teže ponavljanju traumatskih odnosa te imaju potrebu za održavanjem loših odnosa radije nego da budu bez ikakvih odnosa. U takvim je slučajevima veoma bitna uloga psihoterapije u prihvaćanju pozitivnih aspekata života. Osobe koje su doživjele određene traume samoozljeđivanjem postižu osjećaj samokontrole i svemoći. Kod suicidalni osoba postoje i motivi za počinjenje suicida kao što su: traženje pomoći, bijeg iz nepodnošljive situacije, olakšanje od teških psihičkih boli, pokušaj utjecaja na neku značajnu drugu osobu, olakšanje teškoće drugima, gubitak kontrole, želja za smrću, otkrivanje voljenosti te motivi koje samo osoba koja planira suicid.

3. Procjena

Kod procjene suicidalnosti važan je intervju sa pacijentom pomoću kojeg liječnik saznaje postoje li simptomi depresije ili rizik za suicidalno ponašanje. U većini slučajeva obitelj može uvelike pomoći davanjem informaciji o pacijentovom ponašanju i nošenju sa svakodnevnim aktivnosti. Suicidalne osobe nekad prikrivaju suicidalnost te se pretvaraju da je sve u redu, dok s druge strane osobe mogu prijetiti samoubojstvom bez ozbiljne namjere.

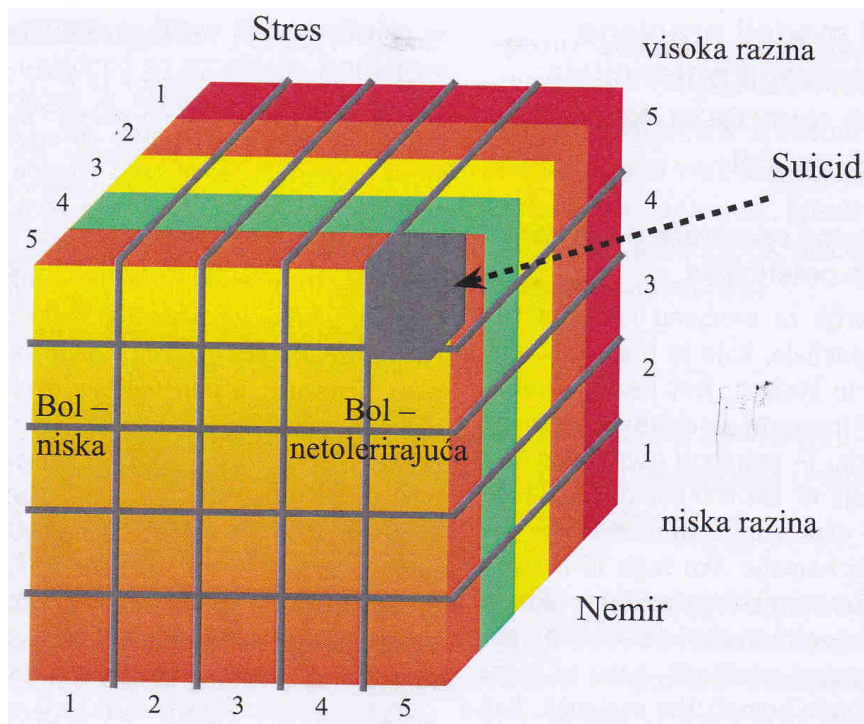
Kao jedna od vrlo korisnih teorija za procjenu nečijeg suicidalnog potencijala navodi se teorija vitalne ravnoteže. Na početku potrebno je utvrditi postoji li kod osobe želja za samoozljeđivanjem u usporedbi sa osobama koje takvo ponašanje nemaju. Ukoliko takvo ponašanje postoji, potrebo je procijeniti stupanj težine tog ponašanja kako bi se takvim osobama mogla pružiti pomoć. Međutim istraživanja pokazuju da kliničari često primjenjuju samo svoje tehnike procjene te se na taj način smanjuje specifičnost procjene suicidalnog rizika.

Prema teoriji poznatog suicidologa Karla Menningera osnovan je koncept vitalne ravnoteže, a Anton Antonovsky dodao je formulaciju o nošenju sa stresom. Ako se osoba može prilagoditi promjenama tada će se moći nositi sa stresom. Vitalna je ravnoteža indikator kako se osoba nosi sa svakodnevnim stresnim situacijama koje nerijetko dovode do anksioznosti i depresije. Osobe sa adekvatnom vitalnom ravnotežom mogu se prilagoditi na promjene i dobro se nose sa stresom. Formula koja opisuje koncept vitalne ravnoteže:

vitalna ravnoteža = vulnerabilnost na stresore/sposobnost nošenja sa stresorima = redukcija stresa

Za uspješno nošenje sa stresom veoma je bitna misaona elastičnost, odnosno mogućnost adaptacije na promjenu. Prema Yufitu, kognitivna rigidnost je glavni nedostatak, koji onemogućuje nošenje sa stresorima i vodi u osjećaj beznađa, što je često vodeći prodromalni simptom suicidalnosti.[4] On preporučuje dva instrumenta za mjerenje suicidalnosti: Suicide Assessment Checklist (SAC) koji je pogodan za probir suicidalnih osoba, te Coping Abilities Questionnaire (CAQ) pogodan za procjenu stupnja letalnosti nedavnog pokušaja suicida te stupanj rizika za buduće suicidalno ponašanje. Nizak zbroj na ljestvici SAC, donosno niska vulnerabilnost na stres i visok zbroj na ljestvici CAQ, uspješno nošenje sa stresorima znači

visoko izraženu adaptabilnost i povoljnu vitalnu ravnotežu. Rizik suicidalnog ponašanja možemo promatrati i kroz model kubične kocke po Shneidmanu.



Slika 3.1. Kubični model procjene suicidalnog rizika [4]

Na tri osi kocke raspoređena su tri psihološka čimbenika-psihička bol, stres i nemir, a njihov se intenzitet procjenjuje od niskog (1) do visokog (5). Shneidman smatra da se suicidalni čin događa kad je prisutan maksimalni intenzitet za psihološke čimbenike boli, stresa i nemira (5-5-5) a oni se dodiruju u jednom dijelu kocke. Ovaj se model također može primjenjivati i za procjenu terapijske intervencije.

Također za procjenu suicidalnosti razlikuju se izravni i posredni instrumenti.

Izravne ili specifične tehnike podrazumijevaju upitnike, ljestvice te strukturirane intervjuje za procjenu suicidalnosti. Takve tehnike služe za prikupljanje podataka o pokušajima počinjenja suicida te se koristi za izdvajanje rizičnih osoba iz neke populacije. Mogu biti samoopisne, temeljene na iskazima samog bolesnika, procjenu može obavljati druga osoba ili putem dokumentacije. Nedostatak je specifičnih tehnika nemogućnost kontrole ispitanikove iskrenosti ili naglašavanje ili umanjivanje poteškoća. Dok se **posredna procjena** obavlja preko mjera psiholoških čimbenika, kognitivnih i konativnih osobina. Doživljaj beznadnosti

čak je i rizičniji za pojavu suicidalnosti u osoba nego što je depresija. Temeljna tehnika **kliničkog prikupljanja podataka** je opširan intervju te standardni testovi za procjenu kognitivnog statusa.

3.1. Ljestvice za procjenu suicidalnosti

Za procjenu suicidalnosti najviše se ističu ljestvice Aarona Becka “oca” kognitivne terapije i teorije depresije. Prema toj ljestvici razlikuju se posredne mjere i direktne mjere suicidalnosti. Kada govorimo o posrednim mjerama navode se *Beckovi inventari depresivnosti*, *Beckova ljestvica anksioznosti* te *Beckova ljestvica beznadnosti*. Prema Beckovim ljestvicama za procjenu suicidalnosti doznajemo da su pesimizam i suicidalne misli jasno povezane s rizikom suicidalnosti. Nadalje, anksioznost je također povezana sa rizikom za suicidalnost u osoba s težim afektivnim poremećajima. Međutim, među osobama koje su pokušale suicid, beznadnost je bolji pokazatelj razmišljanja o suicidu i ozbiljnosti suicidalne namjere nego depresivnost ili bilo koja druga osobina ličnosti. Uz posredne mjere za procjenu suicidalnosti spomenut ću i direktne mjere. *Beckova ljestvica suicidalne ideacije* podrazumijeva intervju za procjenu neposredne suicidalnosti. Procjenjuje se ispitanikova želja za životom ili smrću, a služe za izdvajanje rizičnih pojedinaca koji će nastaviti ispitivanje. Nakon toga ispituje se trajanje i učestalost suicidalnih misli, mogućnost počinjenja suicida te povijest prethodnih pokušaja. Takva se procjena preporučuje za procjenu kratkoročnog suicidalnog rizika. Kada su osobe pokušale suicid koristi se *Ljestvica suicidalne namjere*. Na temelju iskaza osobe o pokušaju suicida procjenjuje se ozbiljnost namjere i rizika za buduće pokušaje.

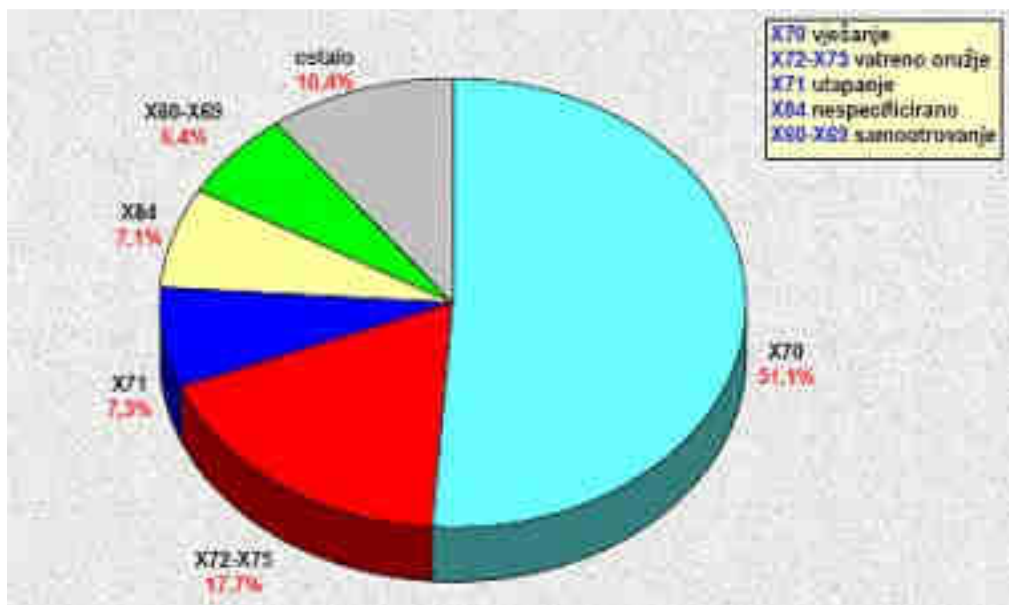
Uz Beckove ljestvice za procjenu suicidalnosti, od češće primjenjivanih ljestvica od drugih autora izdvaja se *Inventar razloga za življenje* gdje se na temelju samoiskaza ispitanika nastoji identificirati potencijalne razloge za nepočinjenje suicida. Pretežno se primjenjuje u terapijskom radu sa suicidalnim bolesnicima. Upitnik kojim se procjenjuje doživljaj vremenske perspektive, *Time Questionnaire*, za razliku od koncepta beznadnosti više zahvaća kognitivnu nefleksibilnost. Suicidalne su osobe većinom zaokupljene prošlošću te često uopće ne razmišljaju o budućnosti, kao da ih već slijedeći mjesec neće biti.

4. Etiologija

Samoubojstva spadaju u prioritetne javnozdravstvene probleme u Hrvatskoj. Kako bi se saznalo više o suicidu i o prevenciji suicida bitni su statistički podaci kojih nema puno jer se o polovici suicida uioće ne zna te nisu služeno registrirani. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (10. revizija), samoubojstva se prikazuju šiframa X60.* - X84* u okviru podskupine: Vanjski uzroci mortaliteta i morbiditeta.[4] Time su označena sva namjerna samoozljeđivanja, bili pokušaji samoubojstva ili počinjena samoubojstva. U Hrvatskoj se registriraju svi uzroci smrtnosti tijekom godine, pa tako i broj slučajeva samoubojstva. Osnovan je također i Registar počinjenih samoubojstava u Hrvatskoj koji predstavlja specijalni zdravstveno-statistički instrument.

Prema podacima SZO 2000. je godine milijun ljudi u svijetu umrlo od suicida, a pretpostavka je da je od 10 do 20 ljudi pokušalo počiniti suicid.[5] Kako u Hrvatskoj tako i u ostalim zemljama, suicid je među tri vodeća uzroka smrtnosti kod osoba između 15. i 34. godine. Godine 1985. počinjeno je 1 050 samoubojstava (stopa 21,9/100 000), a 1992. godine registrirano je 1 156 slučajeva (stopa 24,2/100 000) što je ujedno i najveći broj samoubojstava. Najmanje počinjenih samoubojstava registrirano je 1995.godine (930 slučajeva, stopa 19,4/100 000) te u razdoblju od 2000. do 2009. godine (2000.godine 926 slučajeva, stopa 20,9/100 000; 2009.godine 790 slučajeva, stopa 17,8/100 000). Kada promatramo počinjenje samoubojstava prema spolu također je došlo do opadanja broja samoubojstava. U razdoblju od 1985. do 2009. došlo je do znatnog pada stope smrtnosti od samoubojstava za oko 40% kod ženskog spola dok je kod muškog spola pad stope za oko 10%. Udjel muškog spola je više od 70% u ukupnom broj samoubojstava. Odnos samoubojstava muškaraca i žena kretao se u omjeru od 2,2-3,6 : 1. Stopa zvršenih samoubojstava razlikuje se i prema dobi , pa tako u dobi od 14 godina stopa mortaliteta ne prelazi 1 slučaj na 100 000 dok je u dobi od 15 do 19 godina zabilježen porast.

Najčešći način počinjenja suicida je vješanje (2002.godine 51,1%). Počinjenje suicida vatrenim oružjem također je često (17,7%). Zatim slijede utapanja (7,3%), nespecificirana (7,1%), samootrovanje (6,4%) te ostali načini (10,4%).



Slika 4.1. Najčešći načini izvršenja samoubojstava 2002. godine u Hrvatskoj [6]

5. Čimbenici rizika

Kao čimbenici rizika najčešće se navode muški spol, starija životna dob (više od 65 godina), udovci, nezaposlene osobe, postojanje duševne bolesti. Također je dokazano da su osobe sa nižom razinom kolesterola i serotonina sklone suicidu. WebMD, jedna od vodećih internetskih stranica o medicini i zdravlju, navodi da faktori rizika za počinjenje suicida variraju zavisno od pojedinčeve dobi, spola i etničke pripadnosti. Također tvrdi kako se rizični faktori često pojavljuju u kombinacijama. Preko 90% ljudi koji počine suicid imaju kliničku depresiju ili neki drugi medicinski poremećaj koji je moguće dijagnosticirati. Mnogi od njih imaju probleme poput zloupotrebe narkotičkih sredstava ili alkoholizma u kombinaciji sa nekim drugim psihičkim poremećajima. Velike životne tragedije u kombinaciji sa drugim faktorima rizika, poput kliničke depresije, mogu rezultirati suicidom.

Ostali rizični faktori za suicid uključuju jedan ili više prethodnih pokušaja suicida, obiteljska anamneza koja sadrži povijest psihičkih poremećaja, zloupotrebe narkotika, obiteljskog nasilja, fizičko ili seksualno zlostavljanje, kronične tjelesne bolesti i dugotrajna kronična bol, izdržavanje zatvorske kazne, izloženost suicidalnom ponašanju.[7] Fizičko i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu također je čimbenik rizika za suicidalno ponašanje. U nastanku psihijatrijskih poremećaja i suicidalnost navodi se i stresna dijeta. Kod osoba koje su ranjive i osjetljive pod utjecajem jakih stresora dolazi do suicidalnog ponašanja. Stresori mogu biti ozljede pri porođaju, slaba prenatalna prehrana, traumatska interpersonalna iskustva, a veoma su bitni akutni obiteljski i psihosocijalni stresori te akutna faza nekog psihijatrijskog poremećaja. Veoma je važno prepoznati čimbenike stresa kako bi se mogla započeti terapija.

Jedna od podjela čimbenika rizika je hijerarhijska podjela gdje se čimbenici rizika za suicid dijele na primarne (psihijatrijski čimbenici), sekundarne (psihosocijalni čimbenici) i tercijarne (demografski čimbenici). U primarne čimbenike rizika ubrajaju se prisutnost nekih psihičkih poremećaja, prethodni suicidalni pokušaji, suicid u obitelji, sklonost beznađu te nizak kolesterol u sreumu. Traumatske događaje u djetinjstvu, nezaposlenost, socijalnu izolaciju te slabu obiteljsku podršku svrstavamo u sekundarne čimbenike rizika. Dok se za demografske čimbenike rizika navode muški spol, bijela rasa, mlađa dob u muškaraca, starija dob u obaju spolova te dijelovi godine (proljeće). Osobe koje su imale dijagnozu nekog psihijatrijskog

poremećaja imaju veći rizik za suicidalno ponašanje. Većina psihijatrijskih bolesnika suicid učini u prvih nekoliko tjedana nakon otpusta iz bolnice. Iako neke osobe počine suicid i tijekom boravka u bolnici, ne nužno na odjelu, već u krugu bolnice ili tijekom tjednih izlazaka kada vrijeme provode kod kuće.

Bipolarni afektivni poremećaj nosi najviši rizik za počinjeni suicid, odmah iza BAP-a slijede depresija i alkoholizam, te potom shizofrenija. Pozitivni simptomi shizofrenije imaju prediktivni potencijal za suicidalno ponašanje, a većinom se događa tijekom aktivne faze bolesti kad su naglašeniji pozitivni simptomi, dok su negativni simptomi u negativnoj korelaciji s rizikom suicidalnosti. Utvrđeno je da bolesnici koji počine suicid, imaju znatno niži zbroj na ljestvici negativnih simptoma pri prijmu te da imaju znatno viši zbroj na ljestvici pozitivnih simptoma. Tjelesne bolesti također utječu na suicidalno ponašanje, osobito bolesti središnjeg živčanog sustava na koje se često doveže velika depresivna epizoda pa je to temelj suicidalnog ponašanja. Za sedam bolesti i stanja što izravno ili neizravno pogađaju središnji živčani sustav (SŽS), smatra se kako imaju povećan rizik suicidalnog ponašanja: epilepsija, multipla skleroza, ozljede i bolesti glave (uključujući moždani udar), kardiovaskularne bolesti (s komplikacijama u SŽS-u), Huntingtonova bolest, demencija i AIDS (s komplikacijama u SŽS-u).[4] Većina osoba s kroničnim tjelesnim bolestima nemaju suicidalne misli, a mogu se javiti kod osoba kod kojih je sekundarno nastala depresija, anksioznost ili promjena stanja svijesti izazavana lijekovima, socijalnom izolacijom ili vanjskim stresorima. Obično osoba prvo razvije znakove depresije, a tek onda znakove suicidalnog ponašanja.

6. Biološke osnove suicidalnog ponašanja

Biološki čimbenici veoma su važni i razlog što se suicidalnost češće pojavljuje u određenim populacijama. Neurobiologija suicida povezuje se promjenama različitih neurotransmitorskih sustava i to poglavito serotoninergičnog, dopaminergičnog i noradrenergičnog, te s mijenjanjem funkcioniranja neuroendokrinih sustava (aktivnosti osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda-HHN), te kolesterola. [8] Genetička istraživanja prate osnovne neurobiološke pretpotavke radi iznimno složenog načina na koji se nasljeđuje suicidalno ponašanje te radi nepoznavanja svih gena koji su vezani za suicidalnost.

Neurobiološka podloga suicida uključuje poglavito [4]:

- 1) lipide i kolesterol
- 2) serotoniniski sustav
- 3) dopaminergični sustav
- 4) noradrenergični sustav
- 5) GABA-ergični sustav
- 6) os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HHN)

Cilj je bioloških istraživanja pronaći određeni biološki pokazatelj koji je povezan sa pojavom suicidalnih simptoma te se iz tog razloga često istražuju biološki pokazatelji vezani za određene neurotransmitore koji utječu na beznadnost koja se smatra čimbenikom rizika za suicidalno ponašanje. Veoma je važna i genetska predispozicija. Bliski rođaci osoba koje su pokazivale suicidalno ponašanje, i same češće pokazuju takvo ponašanje. Osobe s obiteljskom anamnezom suicidalnog ponašanja imaju veću razinu agresivnosti od osoba koje imaju negativnu obiteljsku anamnezu. To se odnosi i na osobe s poremećajem raspoloženja te osoba s depresivnim poremećajem. Nasljednost suicidalnog ponašanja (misli, planova i pokušaja) iznosi oko 30-55%, a smatra se da se ova predispozicija nasljeđuje neovisno o psihijatrijskom poremećaju.[9]

Suicidalno ponašanje može se objasniti i putem modela dijateza-stres u kojem dolazi do interakcije psihijatrijskih, psiholoških i bioloških čimbenika s ranim traumatskim iskustvom. Kolesterol, kao glavni membranski aktivni serol također je veoma bitan. Smatra se da promjenom koncentracije kolesterola dolazi do promjene metabolizma sterola u SŽS-u, što

izazvima kognitivne i psihičke promjene.[8] Zbog pomanjkanja kolesterola dolazi do promjene u mikroviskoznoati membrane što utječe na funkciju serotonina i njegovih receptora. Kolesterol se najčešće ispituje u kontekstu agresivnosti i suicidalnosti. Postoji povezanost niske razine kolesterola i ponavljajućih suicidalnih ponašanja. Dokazana je znatno niža vrijednost kolesterola u skupini suicidalnih bolesnika s prvom epizodom psihoze, suicidalnih muških bolesnika sa shizoafektivnim poremećajem te suicidalnih muških bolesnika s BAP-om. Također je prisuta povezanost snižene koncentracije kolesterola sa suicidalnim mislima i planovima. Dok visoke koncentracije kolesterola mogu imati zaštitnu ulogu kod suicidalnosti u shizofrenih bolesnika. Niska koncentracija serotonina također se povezuje s anksioznošću i agresijom. Serotonin ima bitnu ulogu u oblikovanju stava o sebi, svijetu i budućnosti. [10]

7. Psihijatrijski poremećaji

Iako se kao čimbenik rizika nastanka suicidalnosti sve češće navodi stresna dijateza, ipak je najveća stopa suicida kod osoba sa psihičkim poremećajem. Osobito kod osoba sa BAP-om, depresijom te alkoholičara. Kod suicidalnih bolesnika komorbiditet (osoba uz dijagnozu osnovnog poremećaja ima elemente za dijagnozu još jednog ili više poremećaja) je vrlo čest te je stoga potrebno u postavljanje osnovne dijagnoze procijeniti i postojanje eventualnog komorbiditeta. Depresivni i bipolarni poremećaj često idu u komorbiditetu sa zlouporabom sredstava ovisnosti. Također je veoma bitno procijeniti i osobnost. Kod osoba s depresivnim poremećajem postoji mogućnost komorbiditeta sa ostalim psihičkim poremećajima: ovisnosti, anksiozni poremećaji, organski poremećaji poremećaji osobnosti, poremećaji u prehrani. Kod osoba s demencijom postoji veći rizik za samoozljeđivanje. Nerijetko pate i od psihotičnog ili depresivnog poremećaja što povećava rizik suicidalnog ponašanja.

7.1. Ovisnosti o alkoholu i drogama

Alkoholizam i zlouporaba droga najčešće su psihijatrijske bolesti i među vodećim uzrocima smrtnosti. Kod ovisnika može se javiti socijalna izolacija, povećana impulzivnost, povećano samoosušivanje, depresija, te takve osobe češće imaju suicidalne ideje i veći rizik za pokušaj suicida. Akutno djelovanje alkohola ima znatniji utjecaj na agresivno ponašanje u odnosu na kronično, što se veće količine alkohola konzumiraju veći je rizik za suicid.[11] Ne moraju svi alkoholičari biti skloni suicidalnom ponašanju, važna su i obilježja osobnosti. Konzumiranje alkohola također može imati i posljedice, npr. "alkoholnu miopiju" gdje je smanjen raspon percepcije i mišljenja te samoubojstvo nameće kao jedini izbor. Ovisnici o alkoholu često imaju i probleme u obitelji ili na poslu jer postaju agresivni ili nezainteresirani za druge. Povezanost depresije i alkoholizma iznimno je važna. Depresivni bolesnici s alkoholizmom u anamnezi imaju veću stopu pokušaja samoubojstva, višu razinu agresivnosti i impulzivnosti, te zlostavljanja u djetinjstvu. Trauma u djetinjstvu također je povezana s kasnijim razvojem depresije u ovisnika o drogama, anamneza psihijatrijskog liječenja u djetinjstvu povezana je s kasnijim suicidom. Dugoročno konzumiranje droge povećava rizik za suicid. Broj različitih vrsta upotrebljivanih droga snažniji je pretkazatelj suicidalnog ponašanja nego bilo koja pojedina vrsta droge. Teško je rezlikovati namjerno od slučajnog predoziranja. Zbrinjavanje suicidalnog ponašanja u ovisnika uključuje tri komponente:

dijagnozu ovisnosti o alkoholu ili drogama i komorbidnih psihičkih poremećaja, procjenu rizika suicidalnosti te liječenje ovisnosti, komorbidnih psihijatrijskih poremećaja i suicidalnog ponašanja. Tijekom svakog rutinskog pregleda trebala bi se procijeniti zlouporaba alkohola i droga. Ukoliko bolesnik iznosi suicidalne planove ili namjere potrebna je hospitalizacija. Nakon što nestanu suicidalne ideje može se razmišljati o otpustu iz bolnice uz savjetovanje obitelji o trajnom nadzoru i uklanjanju svih opasnih predmeta iz okoline.

7.2. Psihotični poremećaji

Osobe sa shizofrenijom pod povećanim su rizikom za suicidalno ponašanje. Shizofreniju mnogi nazivaju rakom duše jer nagriza same temelje ljudskog bića. Učestalost pokušaja samoubojstva u shizofrenih bolesnika tijekom života, procjenjuje se na 25-50%. Osobe koje često pokušavaju suicid, svaki put je sve veća mogućnost suicida. Većina osoba koje pokušaju samoubojstvo na psihijatrijskom su liječenju u vremenu prije suicidalnog ponašanja. Rizik suicidalnog ponašanja prisutan je tijekom cijelog trajanja poremećaja, osobito nakon početka psihoze i tijekom prvih 5-10 godina trajanja poremećaja. Najveći je rizik suicidalnog ponašanja tijekom boravka u bolnici i unutar 6 mjeseci nakon otpusta iz bolnice. U shizofrenih bolesnika rizik za počinjenje suicida glede spola je podjednak. Brojni radovi pokazuju kako pozitivni simptomi shizofrenije imaju prediktivni potencijal za suicidalno ponašanje. Kako shizofreničari znaju imati slušne halucinacije, neke od njih upravo to navede da počinjenje suicida. Kod većine osoba suicidalno ponašanje događa se tijekom aktivne faze bolesti kada su pozitivni simptomi naglašeniji. Negativni simptomi shizofrenije povezuju se s manjim rizikom suicida. Utvrđeno je da bolesnici koji počine suicid, imaju znatno niži zbroj na ljestvici negativnih simptoma pri prijmu te da imaju znatno viši zbroj na ljestvici pozitivnih simptoma.[4]

Depresija je veoma bitan čimbenik kada govorimo o shizofreniji. Prisutnost depresije u shizofreniji često je povezana s lošijim ishodom, osobno patnjom te višom stopom relapsa. U shizofreniji su ovisnosti veoma učestale i povezuju se s relapsom. Važan dio procjene rizika suicidalnosti u shizofreniji je procjena ranije i sadašnje anamneze ovisnosti i povezanost sa suicidalnim ponašanjem i depresijom.

7.3. Poremećaji raspoloženja

Depresija, koja podrazumjeva depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja, smanjenje energije, umor, smanjenu koncentraciju te smanjenje samopoštovanja veoma je bitna za razvoj suicidalnosti. Oko 10-15% depresivnih bolesnika počinu samoubojstvo. Depresivni je poremećaj kao uzrok suicida češći u srednjoj i starijoj dobi kao posljedica gubitka posla, razvoda, gubitka bližnje osobe ili nemogućnosti izlaska iz dugova. Kod prepoznavanja čimbenika rizika za suicid kod depresivnih osoba razlikuju se kratkoročni i dugoročni. Za kratkoročne čimbenike navode se napadaji panike, anksioznost, gubitak interesa, depresivno pogoršanje, uključujući nagle promjene raspoloženja. Dok u dugoročne čimbenike ubrajamo beznadnost, suicidalne ideacije, suicidalne namjere te povijest prethodnih suicidalnih pokušaja. Beznadnost se smatra čak i većim pretkazateljem rizika za samoubojstvo nego depresija. Depresivne osobe najbolje je liječiti bolnički uz intenzivan nadzor.

BAP je, kao što sam već spomenula, jedan od najčešćih poremećaja koji dovode do suicida. Prema jednoj studiji, pokušaji samoubojstva u BAP-u, većeg su stupnja letalnosti, na jedan počinjeni suicid dolaze tri pokušaja suicida u BAP-u, dok je u općoj populaciji taj omjer počinjenih i pokušanih suicida 1:18.[12] Pozitivna obiteljska anamneza suicidalnog ponašanja kod BAP-a nosi znatno povišeni rizik za pokušaje, pa i počinjenje suicida. U usporedbi s BAP-om tipa I kod BAP-a tipa II postoji: veća stopa ranijih pokušaja samoubojstva, izraženija pozitivna obiteljska anamneza suicidalnog ponašanja te veća stopa kako pokušaja suicida, tako i počinjenja suicida. Temelj uspješne prevencije suicidalnog ponašanja u BAP-u je pravodobno prepoznavanje i adekvatno liječenje poremećaja.

7.4. Anksiozni poremećaji

Anksiozni poremećaji rijetko su kad promatrani kao neovisan čimbenik rizika suicidalnog ponašanja te je stoga malo istraživanja o povezanosti anksioznosti i rizika za suicidalnost. S druge strane sve je više pokazatelja da su anksiozni poremećaji povezani sa suicidalnošću. Veća je vjerojatnost povezanosti suicidalnosti s anksioznošću kod žena, budući da je kod žena veća učestalost anksioznih poremećaja. Povezanost anksioznosti sa suicidalnim ponašanjem vjerojatnije je u komorbiditetnim stanjima. Tako kod bipolarnih bolesnika, dijagnoza anksioznog poremećaja više nego dvostruko uvećava mogućnost postojanja pokušaja suicida

u anamnezi. Smatra se da je kombinacija depresije i zlouporaba alkohola veliki rizik za suicidalnost u osoba srednje dobi, dok u kasnijoj dobi veći rizik nosi depresivna epizoda s kasnim početkom i istodobnom anksioznošću.

Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) također imaju rizik za nastanak suicidalnog ponašanja. Takve osobe imaju znatno veći rizik za počinjenje suicida od osobe koje ne boluju od PTSP-a. Osobe koje su pretrpile veće traume, pod većim su rizikom suicida. Također su pod višim rizikom suicidalnosti osobe kod kojih je utvrđen visok stupanj krivnje, emocionalne labilnosti, nizak stupanj psihičke prilagodbe te osjećaj zbunjenosti. Depresija i PTSP u komorbiditetu međusobno sudjeluju u povećanju razine suicidalnog ponašanja. Zlostavljanje u djetinjstvu također može imati važnu ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja. Oko jedne trećine onih koji su bili zlostavljani ili zanemareni u djetinjstvu razviju PTSP, a povijest zlostavljanja u djetinjstvu udvostručuje mogućnost razvoja velike depresivne epizode.[13] Djeca se nakon zlostavljanju osjećaju bezvrijedno te gube samopoštovanje. Gube povjerenje za sve ljude i stalno su u strahu. Neke se osobe ne mogu nositi sa sramom i niskim samopoštovanjem nakon zlostavljanja te pokušaju ili počine suicid. Važno je otkrivanje takvih bolesnika kako bi se započelo liječenje. U liječenju anksioznih poremećaja, uz psihofarmakoterapiju, veliku ulogu imaju i psihoterapijske tehnike.

8. Prevencija suicidalnog ponašanja

Suicidalnost je izrazito velik javnozdravstveni problem te je prevencija od velike važnosti. Važno je razmotriti čimbenike rizika, koji se mogu svrstati u dvije skupine: čimbenici stresa te čimbenici predispozicije. Kao najvažniji čimbenik rizika ističe se prisutnost psihijatrijskog poremećaja, dok su manje zastupljeni čimbenici rizika poput dostupnosti smrtonosnih sredstava, zlouporabe psihoaktivnih tvari i alkohola te premao psihijatrijskih ustanova u području stanovanja. [14] Postoje tri razine prevencije suicida. **Primarna prevencija** uključuje aktivnosti za sprječavanje i smanjenje pojavnosti suicida, a provode ih suicidolozi, psihijatri, psiholozi, defektolozi. To su aktivnosti koje se odvijaju na širem društvenom planu i preko kojih se mijenja način razmišljanja i rješavanja problema kroz edukaciju i informiranost opće populacije o problemima suicidalnog ponašanja i njihovim uzrocima. To se prvenstveno odnosi na odgoj mladih ljudi za zdravo roditeljstvo kako bi njihovi potomci rasli bez nepotrebnih trauma, u toplom ozračju, sigurnosti, uvažavanju što sve rezultira stvaranjem pozitivnog selfa, samopoštovanja i samopouzdanja. **Sekundarna prevencija** uključuje ranu dijagnostiku te rješavanje problema. Provodi se u specijaliziranim centrima za osobe koje su već suicidalno ugrožene i iskazuju suicidalne misli. Mjere koje se provode nakon pokušaja suicida svrstavamo u **tercijarnu prevenciju** s ciljem sprječavanja recidiva, poboljšanja psihičkog stanja te ukljanjanje motiva.

Prevenciji suicida može se pristupiti na dva načina: prevencija usmjerena na visokorizičnu skupinu ili na cijelu populaciju. U Finskoj je 1986.godine započeo Nacionalni projekt za prevenciju suicida s jasnim ciljem smanjenja stope suicida. [4] Nacionalna strategija prevencije suicida u Engleskoj izdvaja se kao dobro razrađen program gdje se pokušava objediniti populacijski pristup i pristup usmjeren na skupine pod visokim rizikom. Cilj je smanjiti stopu suicida u Engleskoj za 20% na način: smanjiti rizik u ključnim visokorizičnim skupinama, promicati duševno blagostanje i dobrobit, smanjiti dostupnost letalnih sredstava, poboljšati način izvješćivanja o samoubojstvima u sredstvima javnog informiranja, poticati znanstvena istraživanja suicidalnosti i prevencije suicida te poboljšati praćenje rezultata strategije "Spašavanje života: Naša zdravija nacija".

Od iznimne važnosti može biti i obrazovanje populacije s ciljem poboljšanja prepoznavanja suicidalnog rizika. Iako su edukacije važan čimbenik u prevenciji, malo je

znanstvenih istraživanja koja procjenjuju njihovu učinkovitost. Edukaciju je dobro provoditi i adolescentima u školskom programu kako bi ih se upoznalo sa simptomima i posljedicama suicida. U prevenciji suicida važno je rano prepoznavanje i liječenje duševnih poremećaja gdje bitnu ulogu ima liječnik primarne zdravstvene zaštite. Oni bi i tijekom pregleda trebali provoditi edukaciju o psihičkim poremećajima, depresiji i anksioznosti. Kada se kod pojedinca otkriju suicidalne ideje, ili još i ranije, dok i sam bolesnik nije svijestan svoje suicidalnosti, već postoje simptomi samo tzv. pasivne suicidalnosti (gubitak ili slabljenje vitalnih nagona, depresivnost, sniženje, nemogućnost uživanja u situacijama koje su ga ranije veselile, izbjegavanje društva, kronični osjećaj umora, strah od života i neuspjeha, otuđivanje i slično) ili tzv. larvirane suicidalnosti (nagli ili dipsomanski alkoholizam i slično) potrebno je uz različite metode psihoterapije i kognitivno bihevioralne terapije procijeniti i potrebu za eventualnu primjenu psihofarmakoterapije. Kod odabira psihofarmaka treba voditi računa o sigurnosti lijeka i o neželjenim nuspojavama.

9. Zdravstvena njega

Osobe s povećanim rizikom za suicidalno ponašanje treba kontinuirano promatrati. Potrebno je s osobom razgovarati te ustanoviti pogleda te osobe na život. Da li osoba ima rizične čimbenike za nastanak suicidalnog ponašanja te da li ih pokazuje. Osobe s rizikom za suicidalno ponašanje mogu se prepoznati po depresivnom ponašanju, suicidalnim mislima ili prijetnjama. Potrebno ih je promatrati te pokazati zaštitnički, ali ne kažnjavajući stav, kako bi se osjećale sigurno i imale povjerenja izraziti svoje osjećaje. Potrebno je ukloniti sve oštre i potencijalno opasne predmete iz okoline. Veoma je bitno opažanje suicidalnih verbalnih i neverbalnih namjera. Neke osobe prijete samoubojstvom dok se kod nekih osoba to može vidjeti iz njihovog ponašanja. Kako se namjere ne mogu uvijek prepoznati, potrebno je osobu direktno pitati ima li namjeru ozljediti se. Treba stvoriti pozitivan terapijski odnos s bolesnikom te mu dopustiti da verbalizira svoj bijes. Također je veoma bitno poticati socijalizaciju i komunikaciju kroz grupni rad u razgovori s drugim bolesnicima te pomoći da na taj način sagleda i pozitivne aspekte života.

NGASR (The Nurses Global Assessment of Suicide Risk) je skala koju medicinske sestre upotrebljavaju u svrhu procjene rizika za suicid u kliničkoj okolini. Prvotno je osmišljena u Ujedinjenom Kraljevstvu kao pomoć medicinskim sestrama koje su primale pacijente na odjele bez popratne dokumentacije. Kako bi se ispravno procjenio rizik za suicid u pacijenta, potrebno je mnogo vježbe i iskustva a NGASR pruža pomoć dok sestre stječu te ključne vještine. Skala sadrži indikatore koji utječu na rizik za suicid. Ukoliko je bilo koji od njih prisutan, medicinska sestra dodaje bodove pripisane uz indikator. Bodovi se kreću od 1 do 6. Tako osjećaji beznadnosti, depresija, nedavna smrt u obitelji ili prekid veze kao i raniji pokušaj suicida nose 3 boda, dok su korištenje narkotičnih sredstava, halucinacije, klinički dijagnosticirane psihoze 1 bod. Ukoliko sestra utvrdi kako pacijent ima osmišljeni plan za suicid dodaje se 6 bodova. Bodovi se zbrajaju i zavisno od rezultata procijenjuje se faktor rizika.

0-5- niski rizik, nivo 4

6-8- srednji rizik, nivo 3

9-11- visok rizik, nivo 2

više od 12- vrlo visok rizik, nivo 1

Zavisno od rezultata provode se posebne mjere. U slučaju visokog rizika potreban je stalni nadzor i podrška (preporuka je svakih 15 minuta kroz dan i noć), a u slučaju vrlo visokog rizika potreban je neprekidni nadzor.

Ovisno o dijagnozi i etiologiji, potrebno je kontinuirano voditi brigu i spriječiti pokušaj suicida. Svaki pokušaj, čak i prijetnju, treba shvatiti vrlo ozbiljno. Jednako ozbiljno treba shvatiti one bolesnike koji stalno o tome govore, kao i one koji to nikada ne spominju. Katkad je suicid dugo vremena i pažljivo pripreman: bolesnik postaje smiren, komunikativan, simptomi depresije nestaju i svojim poboljšanjem zavara svoju okolinu koja tada popusti u nadzoru i bolesnik izvrši svoju namjeru. Najveća opasnost za suicid depresivnog bolesnika su rani jutarnji sati. Sestra treba obratiti pažnju na ponašanje bolesnika i nastojati predvidjeti njegove namjere. Važno je u zdravstvenoj njezi graditi topao, otvoren odnos povjerenja i razumijevanja između sestre i bolesnika. Na taj način možemo saznati kakvim je mislima bolesnik obuzet. Poticanjem na razgovor ćemo bolesniku olakšati stanje jer je ono najteže o sebi nekome rekao. Nastojati postići da pacijent shvati što „želi postići“ suicidalnim ponašanjem (zadobiti ljubav, osvetiti se, kazniti druge, pobjeći od problema koji mu izgledaju nerješivim). Samoubilačka namjera nije samo želja za smrću, nego i želja za životom, apel za pomoć i razumijevanje. Upućivati bolesnika na kreativnija i zdravija ponašanja kojim će postići ono što mu treba. Uključivati bolesnika u različite oblike socioterapije. Cilj u zdravstvenoj njezi suicidalnog bolesnika je postići da pacijent donese odluku ne samo da se neće ubiti, nego da će živjeti. [15]

10. Sestrinske dijagnoze kod suicidalnih bolesnika

Najčešće sestrinske dijagnoze kod suicidalnih bolesnika su visok rizik za samoubojstvo i visok rizik za samoozljeđivanje.

Visok rizik za samoubojstvo

Visok rizik za smoubojstvo je stanje u kojem je pojedinac u opasnosti zbog postojanja rizika počinjenja suicida.

Rizični su čimbenici takvo stanje suicidalne misli, prijašnji pokušaji suicida, depresija, beznadežnost, agitiranost, zlouporaba opojnih tvari te bespomoćnost.

Intervencije:

- kontinuirano pratiti i procijenjivati razinu rizika za suicid
- osigurati sigurnu okolinu za osobe koju su pod povećanim rizikom suicida (ukloniti potencijalno opasne predmete, nadzirati bolesnika pri primjeni terapije, pratiti unos hrane)
- poticati bolesnika na verbalizaciju emocija (ljutnja, neprijateljstvo, strah)
- ohrabrivati na izražavanje suicidalnih misli
- pomoći u prepoznavanju predisponirajućih čimbenika
- uključiti bolesnika u planiranje grupnog terapijskog procesa
- uputiti osobe s kojima je bolesnika blizak kako prepoznati povećani rizik za suicid (promjene u ponašanju, verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, povlačenje, znakovi depresije)
- na vrijeme uočiti nagle promjene u ponašanju
- poticati na uključivanje u grupnu terapiju i uključiti obitelj u terapiju

Cilj:

- bolesnik si neće namjerno nauditi tj. oduzeti život
- bolesnik će prihvatiti pomoć osoblja i zajednice pri pojavi suicidalnih misli
- bolesnik će koristiti učinkovite mehanizme suočavanja sa stresom i anksioznošću

Visok rizik za samoozljeđivanje

Visok rizik za samoozljeđivanje je situacija u kojoj prijete opasnost od namjernog samoozljeđivanja koje uzrokuju ozljede tkiva s namjerom izazivanje nesmrtonosnih ozljeda, a radi oslobađanja napetosti ili načina komunikacije s osobljem.[16] Rizični su čimbenici

psihotična stanja s halucinacijama, povijest nasilja u obitelji, samodestruktivno ponašanje, nisko samopoštovanje, poremećaji prehrane te gubitak kontrole.

Intervencije:

- svakodnevno pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesnikove namjere
- ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline
- pratiti da bolesnik nije smješten sam u sobi
- pratiti bolesnikovo ponašanje, posebno izloženost i anksioznost te nagle promjene u ponašanju
- poticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzročiti samodestruktivne misli
- u suradnji s liječnikom i psihoterapeutom dogovoriti tretmane psihosocijalne podrške
- uključiti bolesnika u grupni terapijski proces
- omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja, odmora i aktivnosti
- osigurati socijalnu potporu
- uključiti obitelj u cjelokupan proces liječenja i rehabilitacije

Cilj:

- bolesnik se neće namjerno ozlijediti
- bolesnik će naučiti prepoznati i kontrolirati rizično ponašanje (anksioznost, ljutnja, impulzivnost)
- bolesnik neće imati pristup predmetima kojima bi se mogao ozlijediti

11. 1Terapija

Psihofarmatski pristup liječenju suicidalnosti još uvijek je nedovoljno istražen. Teško je potvrditi kako je liječenje psihofarmacima uzrok smanjenja broja suicida ili je to rezultat utjecaja na ključne simptome vezane uz suicidalnost (depresije, impulzivnost, agresija, beznadnost). Razvoj psihofarmaka započinje sredinom 20.-og stoljeća ali ne dovodi do smanjenja stope suicida. Od tada stopa suicida porasta za 35% u muškaraca i 10% u žena. Tek se u posljednjih 5-10 godina bilježi pad broja suicida što se dijelom pripisuje većem broju propisanih psihofarmaka.

U stručnoj se literaturi klopazin spominje češće od ostalih antipsihotika i o njemu postoji najviše podataka vezanih uz suicidalnost. Retroaktivna istraživanja su pokazala kako postoji značajni pad u broju suicidalnog ponašanja i broja suicida u shizofrenih bolesnika koji su bili tretirani klopazinom.[17] Broj bolesnika koji nisu suicidalni porastao je sa 53% na 88% na kraju istraživanja. U istoj skupini bolesnika broj pokušaja suicida iznosio je 3 (tijekom 2 godine praćenja) dok je ta brojka prethodno iznosila 22, odnosno broj pokušaja samoubojstva pao je za 86%.

Klopazin uz antipsihotična svojstva pokazuje i antidepresivna, te ima znatno manje EPS-a (ekstrapiramidnih simptoma) u odnosu na ostale antipsihotike. Klopazin povećava razinu serumskog kolesterola što pospješuje serotoninsku neurotransmisiju i moguće je da je to jedan od antisuicidalnih mehanizama ovoga lijeka. Studije pokazuju kako primjena antidepresiva u općoj populaciji imaju utjecaj na smanjenje stope suicida. U nekim zemljama porast propisivanja antidepresiva (od 6-8 puta) dovodi do značajnog smanjenja stope suicida na nacionalnoj razini (24-57%) tijekom perioda od 20 godina.

Neki od stabilizatora raspoloženja također imaju utjecaj na suicidalnost. Terapija litijem u bolesnika sa BAP-om ima manju stopu rizika za suicid od terapije divalproeksom (za 2,7 puta manju). Metaanaliza bazirana na 22 studije koje su istraživale učinak litija na sveukunom broju od 5647 pacijenata sa nekim od poremećaja raspoloženja pokazuju kako je terapija litijem smanjila rizik od suicida za 5.5%. Kasnija metaanaliza iz 33 studije na preko 33000 pacijenata sa poremećajem raspoloženja ili shizoafektivnim poremećajem utvrdila je kako je rizik za suicid manji za čak 12 puta kod dugotrajne terapije litijem. Na kliničkoj razini litij

smanjuje impulzivnost i agresivnost te stabilizira raspoloženje, što je od iznimne važnosti kod suicidalnih bolesnika.

Elektrostimulativna terapija (EST) iliti elektrokonvulzivna terapija uspješna je i sigurna metoda liječenja psihičkih poremećaja poroteklih 60 godina. Danas EST provode timovi stručnjaka sačinjeni od anesteziologa, psihijatra i prvostupnika sestrištva. Kroz povijest se razvila stigma prema ovoj terapijskoj metodi prvenstveno zbog njezine invazivnosti, površne selekcije pacijenata, te ozlijeda i gubitka pamćenja koje može uzrokovati. Usprkos snažnim pritiscima, EST nalazi široku primjenu u psihijatrijskoj praksi, prvenstveno zbog ograničenog djelovanja psihofarmaka i znatnih tehnoloških poboljšanja kao i čestih egzacerbacija bolesti. Ta je metoda indicirana za depresivne i shizofrene bolesnike u kojih nije postignuto poboljšanje psihofarmatskim pristupom. Također je terapija izbora za pacijente koji imaju suicidalna promišljanja ili su imali nekoliko pokušaja suicida u sklopu depresivne epizode ili shizofrene psihoze. 6-mjesečna studija je pokazala da je pokušaj suicida nekoliko puta manji u grupi bolesnika koji su bili liječeni EST terapijom od onih koji su liječeni samo psihofarmacima.[18]

Transkranijalna magnetna stimulacija (TMS) je neinvazivna metoda stimulacije korteksa velikog mozga kojom se potiče ekscitacija ili inhibicija neurona. Zavojnicom smještenom iznad lubanje stvara se magnetsko polje koje prolazi kroz lubanju i elektromagnetskom indukcijom izaziva sekundarno magnetsko polje u mozgu stimuliranog bolesnika. U kombinaciji sa psihofarmacima TMS smanjuje broj pokušaja suicida u bolesnika koji pate od shizofrenije u kojoj dominiraju negativni simptomi i depresivne faze BAP-a.

Posljednjih godina objavljeno je više radova koji istražuju psihoterapijske koncepte u radu sa suicidalnim bolesnicima. Izdvajaju se koncepti dviju psihoterapijskih škola: načela kognitivno-bihevioralnog liječenja suicidalnih bolesnika, gdje se kao vodeća tehnika ističe dijalektička bihevioralna terapija i načela liječenja iz perspektive psihoanalitičke psihoterapije, a kao primjer specifičnih tehnika postoji transfer-fokusirana psihoterapija ili na transferu fokusirana psihoterapija, kao i na mentalizaciji bazirana psihoterapija.[4] Kao veoma uspješno ističe se liječenje u dnevnoj bolnici, s naglaskom na psihoanalitički usmjerenu psihoterapiju. Integrirani pristup temelj je uspješnog liječenja ozbiljno suicidalnih bolesnika gdje treba postojati i psihodinamičko razumijevanje problema suicidalnosti uz indicirano farmakološko liječenje. Psihoterapijski pristup suicidalnom ponašanju može biti

usmjeren na rješavanje akutne suicidalne krize ili se može odnositi na kronični problem suicidalnosti. Tri psihoterapijske škole koje se navode kao veoma uspješne su: dijalektička bihevioralna terapija, na mentalizaciji bazirana terapija i na transfer fokusirana psihoterapija. Dijalektička bihevioralna terapija razvila se na bazi kognitivno-bihevioralne terapije, a cilj joj je znatna redukcija simptoma temeljem koncepta bihevioralne terapije. Na mentalizaciji bazirana terapija razvijena je za bolje razumijevanje i liječenje bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti. Veoma je bitno razvijanje sposobnosti mentalizacije koja je obično oštećena u suicidalnih bolesnika. U liječenju bolesnika veoma je bitna dnevna bolnica. Na transfer fokusirana psihoterapija namjenjena je liječenju bolesnika s poremećajima osobnosti, koji pokazuju suicidalne i parasuicidalne tendencije. Terapija se provodi tijekom dvije do najviše 3 seanse tjedno, u trajanju od 45 do 50 minuta.

12. Zaključak

Suicidalnost je izrazito velik javnozdravstveni problem te je veoma važna prevencija i rano otkrivanje kako bi se na vrijeme spriječio sam čin suicida. Kod procjene suicidalnosti veoma je bitno promatrati bolesnika, verbalno i neverbalno ponašanje. Veoma je bitan i inetrvju s bolesnikom u kojem dobivamo saznanja o bolesnikovom razmišljanju i namjerama. Ukoliko bolesnik nije u stanju dati iskrene i realne informacije, potrebno je obaviti intervju sa bolesnikovom obitelji i bližnjima. Ukoliko se ustanovi postojanje suicidalnih misli ili suicidalnog ponašanja potrebno je s bolesnikom razgovarati te stvoriti odnos uzajamnog povjerenja i poštovanja. Treba ga pažljivo slušati i ne okrivljavati ga, te ga poticati na pozitivno razmišljanje i pozitivan pogled na život. Ukoliko je osoba već jednom pokušala suicid mnogo je rizičnija za ponovno počinjenje suicida. Od osoba sa suicidalnim mislim treba ukloniti sve oštre predmete i stvari kojima bi se mogli ozlijediti. Treba ih kontinuirano pratiti i stalno nadzirati.

Prema suicidalnim osobama postoje i određene predrasude: ljudi koji govore o samoubojstvu, ne bi ga počinili, samoubojstvo se najčešće događa bez upozorenja, ljudi sklone suicidu potpuno su odlučni u svojoj namjeri da umru. Protiv zabluda se treba aktivno boriti širenjem istinitih informacija te utjecati na smanjenje suicidalnog ponašanja i poboljšanje mentalnog zdravlja. Svaku prijetnju ili pokušaj suicida treba shvatiti ozbiljno. Ako osoba razmišlja o suicida, ili u još gorem slučaju, pokuša suicid postoji mogućnost da si na kraju oduzme život. Veoma je bitna uloga medicinske sestre koja će prepoznati promjene u ponašanju i na vrijeme intervenirati.

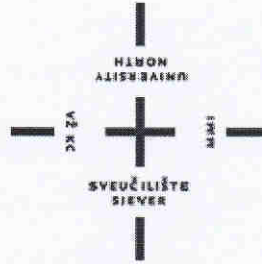
U Varaždinu, rujna 2016.

Potpis *Spandret Miro*

13. Literatura

- [1.] Durkheim, E. : On suicide. London: Penguin Classics, 2006.
- [2.] Aleksandra Mindoljević Drakulić: Suicid, fenomenologija i psihodinamika, Medicinska naklada, Zagreb 2013.
- [3.] O'Carroll PW Berman AL, Maris RW i sur., Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996., Pages 237-252.
- [4.] Darko Marčinko i suradnici: Suicidologija, Medicinska naklada, Zagreb 2011.
- [5.] <http://www.suicidi.info/statistika-hzjz.asp>, dostupno 19.9.2016.
- [6.] <http://www.suicidi.info/statistika-hzjz.asp>, dostupno 19.9.2016.
- [7.] <http://www.webmd.com/depression/guide/depression-recognizing-signs-of-suicide#1>, dostupno 19.9.2016.)
- [8.] Mann JJ, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12(2 Suppl):2-7
- [9.] Ernst C, Mechawar N, Turecki G. Suicide neurobiology. *Progr Neurobiol* 2009; 89(4) Pages 315-333
- [10.] Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr.* 2007. Page 119
- [11.] Dietschy JM, Turley SD. Thematic review series: brain lipids. Cholesterol metabolism in the central nervous system during early development and in the mature animal. *J Lipid Res* 2004. str.1375-1397
- [12.] Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003;48. Pages 292-300
- [13.] Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005, Pages 1-10
- [14.] Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, i sur. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 2) Pages 63-69
- [15.] Linehan MM. Suicidal people: one population or two, *Ann NY Acad Sci*; 1986;487; Pages 16-33
- [16.] Fučkar G.: Uvod u sestrinske dijagnoze, Zagreb, 1996.]
- [17.] Meltzer HY, Alphas L, Green AI, i sur. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT), *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60 Pages 82-91

[18.] Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzies BJ, Tare V. Should electroconvulsive therapy be an early consideration for suicidal patients? J ECT 2006;22



Sveučilište Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MARINA ŠPONDRENT (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom zdr. njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica: (upisati ime i prezime)
špondrent Marina (vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, MARINA ŠPONDRENT (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom zdr. njega osoba s rizikom za suicidalno ponašanje (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica: (upisati ime i prezime)
špondrent Marina (vlastoručni potpis)