

Suicidalno ponašanje u Hrvatskoj

Bilateralni projekt suradnje na programu
"Praćenje i prevencija samoozljeđivanja"

Broj Projekta : 2050389

Prva faza

Suicidalno ponašanje u Hrvatskoj

Lipnja 2007.

UVOD

Ovaj pregled pisan je kao dio izvješća prve faze Bilateralnog norveško-hrvatskog projekta "Praćenje i prevencija samoozljeđivanja" započetog 2006. godine.

Projekt je financiran donacijom Vlade Kraljevine Norveške, a nositelji projekta su:

- **Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH**, s
 - o Marijom Coupe, prof., kao koordinatoricom projekta u Ministarstvu, te
- **Norveški zavod za javno zdravstvo**, s predstavnicima:
 - o dr. Johannesom Wiikom, direktorom Odjela za mentalno zdravlje
 - o prof.dr.sc. Brankom Kopjarom, dr.med., voditeljem projekta
 - o zastupnikom Norveškog zavoda u Hrvatskoj tvrtkom Consilior Vita d.o.o., s timom za vođenje projekta:
dr. Tanja Potočki Karačić, projektni menadžer, te Nada Dražić-Stefanović i Slavica Vladetić, suradnice na projektu.

Ustanova koja je provodila projekt u Hrvatskoj bio je **Centar za krizne situacije**, Zagreb, s doc.dr.sc. Nevenom Henigsbergom, predsjednikom Centra i lokalnim voditeljem projekta, Šarlotom Foro, potpredsjednicom Centra, te dr. Zrnkom Kovačić, dr. Tomislavom Madžarom i dr.sc. Darkom Marčinkom, kao suradnicima na projektu.

Ostale ustanove koje su surađivale na projektu bile su:

- **Hrvatski zavod za mentalno zdravlje**, te
- **Hrvatski zavod za javno zdravstvo**, s prim.dr.sc. Vlastom Dečković-Vukres, prim.mr.sc. Ureljom Rodin, mr.sc. Marijanom Ercegom, dr. Tanjom Ćorić, te dr. Branimirom Tomićem, kao suradnicima na projektu.

Urednici ovog pregleda su dr.sc. Darko Marčinko i doc.dr.sc. Neven Henigsberg.

Suicidalno ponašanje u Hrvatskoj

Uvod

Suicidalno ponašanje vrlo je velik javnozdravstveni problem u svijetu. Ne postoji teorija koja objašnjava suicidalno ponašanje i potrebne su različite kombinacije socioloških i biološko-medicinskih intervencija da bi se reducirao mortalitet i morbiditet s tim u vezi.

Namjena je ovog članka prikazati učestalost suicida u Hrvatskoj u posljednja tri desetljeća i demografske značajke osoba koje pokušavaju ili izvrše suicid. Epidemiološki podaci o suicidima dobiveni su iz registra Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Učestalost suicida je pala u nekoliko europskih zemalja u zadnjih 15 godina, dok je u nekim drugim zemljama učestalost značajno porasla kod mladih ljudi, naročito muškaraca.

U Hrvatskoj, s 4,5 milijuna stanovnika, suicid predstavlja, prema statističkim podacima, jedan od najvažnijih javnozdravstvenih problema. U posljednjih nekoliko godina, stopa suicida bila je oko 19 na 100.000 stanovnika godišnje, što spada u 15 vodećih zemalja u svijetu.

U usporedbi s drugim europskim zemljama, u Hrvatskoj je ustanovljena visoka stopa suicida s naglim povećanjem stope suicida u ratnom razdoblju 1991. – 1992. godine. Od kraja rata (1995. g.) stopa suicida se smanjuje, iako ostaje visoka (oko 19 na 100.000 stanovnika). Stopa suicida bila je vrlo visoka, naročito kod starijih muškaraca. Stariji ljudi u Hrvatskoj su pod većim rizikom za suicid nego bilo koji drugi dio populacije, naročito muškarci stariji od 65 godina.

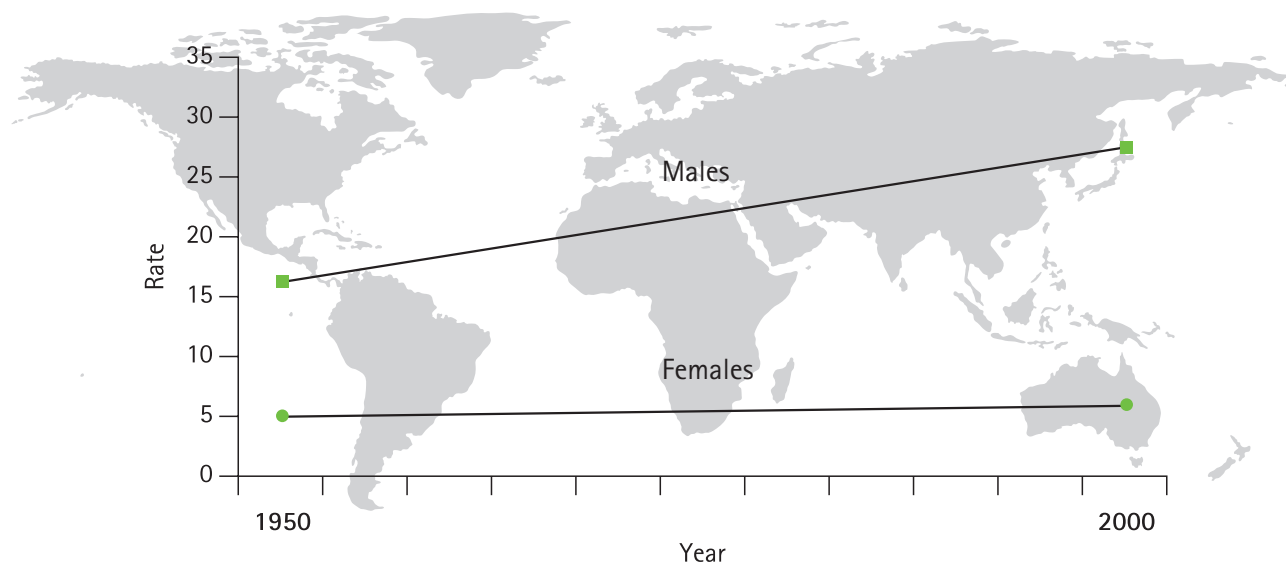
Više od 90% žrtava suicida ima psihijatrijski poremećaj koji se može dijagnosticirati, također mnogi pojedinci koji pokušaju izvršiti suicid pate od psihijatrijskog poremećaja. Najčešća psihička stanja koja se dovode u vezu sa suicidom ili ozbiljnim pokušajem suicida jesu poremećaji raspoloženja, anksioznost, poremećaji ličnosti, alkoholizam i korištenje zabranjenih sredstava, te shizofrenija. Procjena suicidalnog ponašanja je tema od značaja za sve kliničke struke, a ne samo za stručnjake s područja mentalnog zdravlja.

Kako bi podaci o suicidu u posljednjih 15 godina bili što razumljiviji neophodno je napomenuti činjenice o socioekonomskim uvjetima većine stanovništva u Hrvatskoj. Nakon što je Hrvatska bila napadnuta početkom 90-tih godina, rat je trajao do ljeta 1995. godine. Mnoge obitelji, sela, gradovi i cijela područja su bili uništeni. Mnogi ljudi nastavili su živjeti daleko od svojih domova u progonstvu. Mnogi tvornički pogoni i poduzeća su bili uništeni, mnogi su ljudi izgubili svoja radna mjesta. Istovremeno je započeo i proces privatizacije poduzeća. Mnogi ljudi u svojim srednjim godinama prijavili su se kao nezaposleni Zavodu za zapošljavanje.

Teoretska objašnjenja suicidalnosti razmatrana su sa sociološkog i s individualnog psihološkog stajališta; u ovom su tekstu predloženi i smjerovi za neka buduća istraživanja.

Širom svijeta od 1950. do 1995. godine kod osoba svih životnih dobi učestalost suicida je povećana za prosječno 35% kod muškaraca i prosječno 10% kod žena (www.who.int/whosis). Razlozi za razlike u učestalosti po godinama, spolu i etničkim skupinama, kao i promjene u stopi nakon 1950. godine su nepoznati.

Evolution of global suicide rates 1950-2000 (per 100,000)



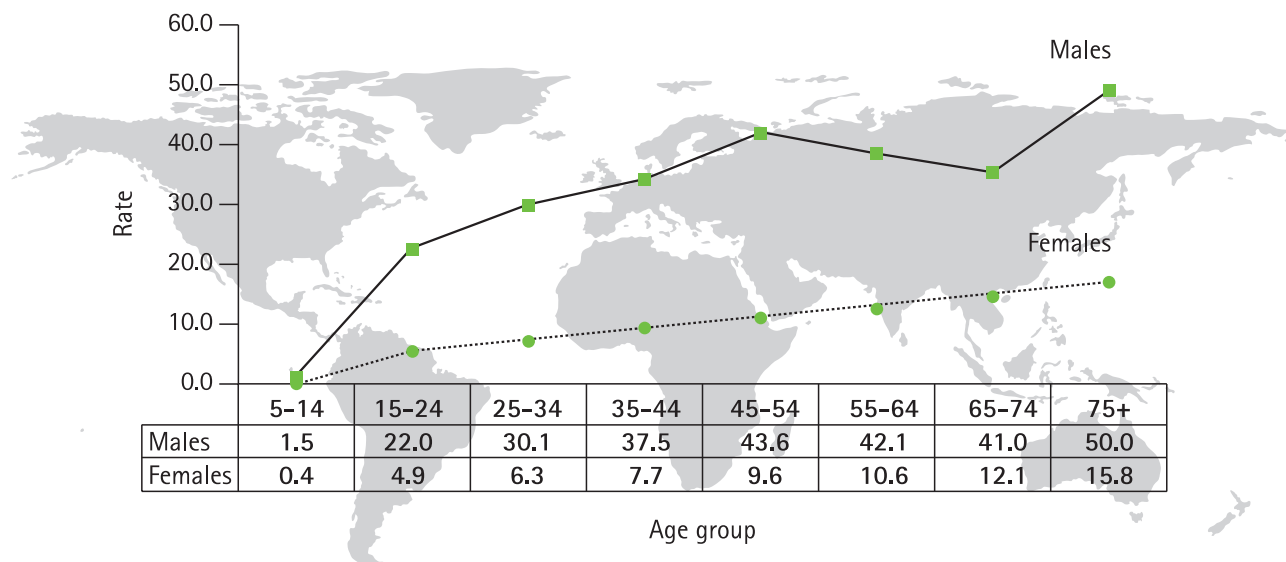
World Health Organization, 2002

Objašnjenje: Kretanje globalne stope suicida u razdoblju 1950.-2000. godine (na 100.000)

males - muškarci, females - žene, rate - stopa, year - godina

Niže navedeni grafikon prikazuje kretanje stope suicida u svijetu s obzirom na spol. Omjer muškaraca i žena približno iznosi 3:1. Omjer muškaraca i žena u Hrvatskoj je također 3:1 (stopa suicida muškaraca je 30 na 100.000, a stopa suicida žena je 10 na 100.000).

Distribution of suicide rates (per 100,000) by gender and age, 2000



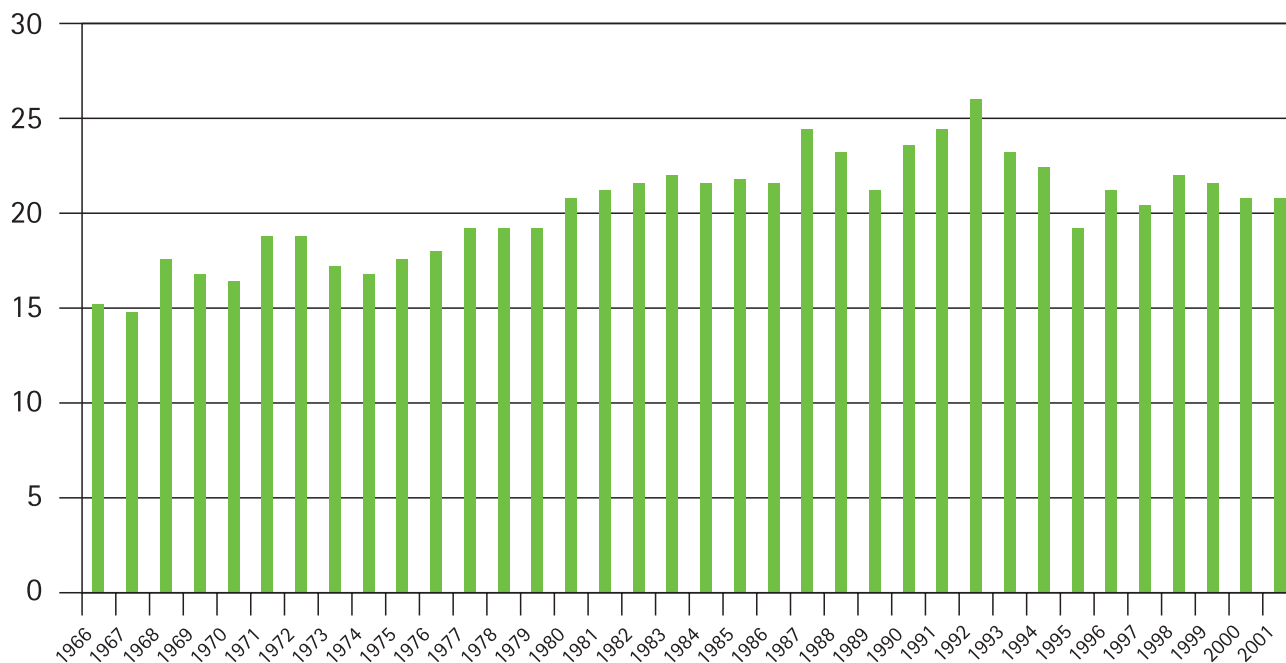
World Health Organization, 2002

Objašnjenje: Stopa suicida (na 100.000) po spolu i godinama, 2000. g.

males - muškarci, females - žene, rate - stopa, age group - dobna skupina

Stope suicida u Hrvatskoj

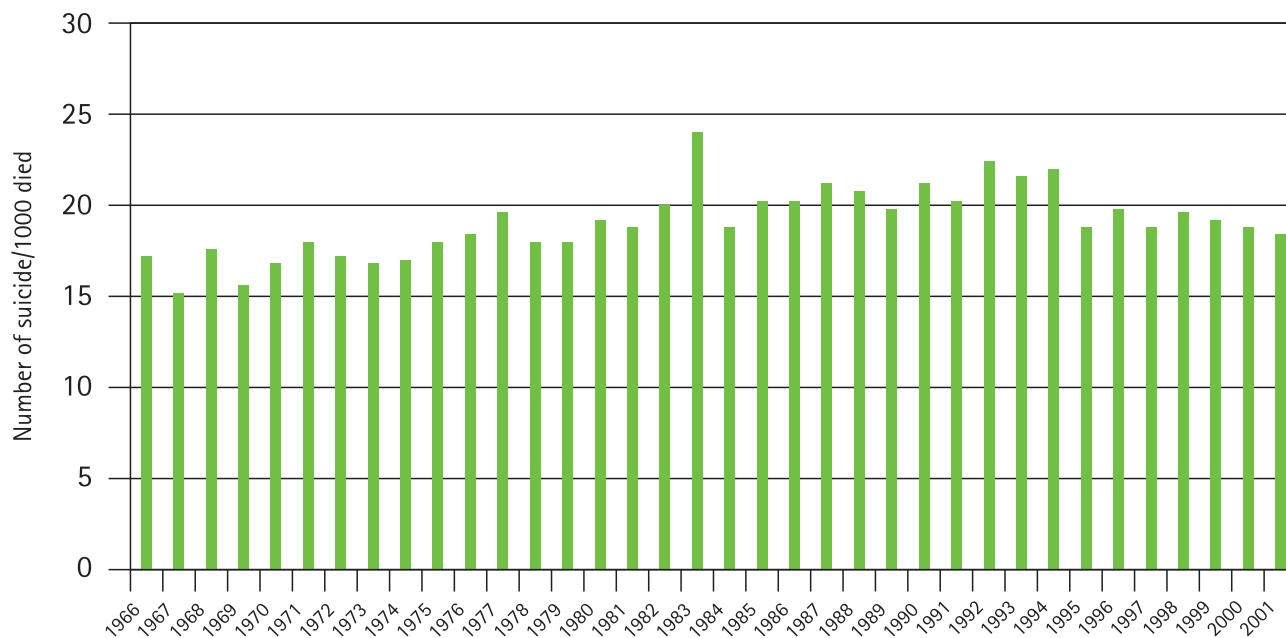
Za razdoblje između 1966. i 2001. godine stope suicida u Hrvatskoj prikazane su na grafikonu 1. Stopa se povećala u predratnom razdoblju i za vrijeme prve dvije godine rata. Poslije tog razdoblja stopa se lagano smanjuje sve do sada. Posljednjih nekoliko godina stopa suicida kretala se između 18 i 20 na 100.000 stanovnika.



Grafikon 1. Broj izvršenih suicida na 100.000 stanovnika (stopa) u Hrvatskoj (razdoblje 1966. do 2001. godine)

Stope suicida prema smrtnosti

Grafikon 2. prikazuje stope suicida u usporedbi prema smrtnosti u Hrvatskoj za isto razdoblje. Stope su relativno stabilne u istraživanom razdoblju.

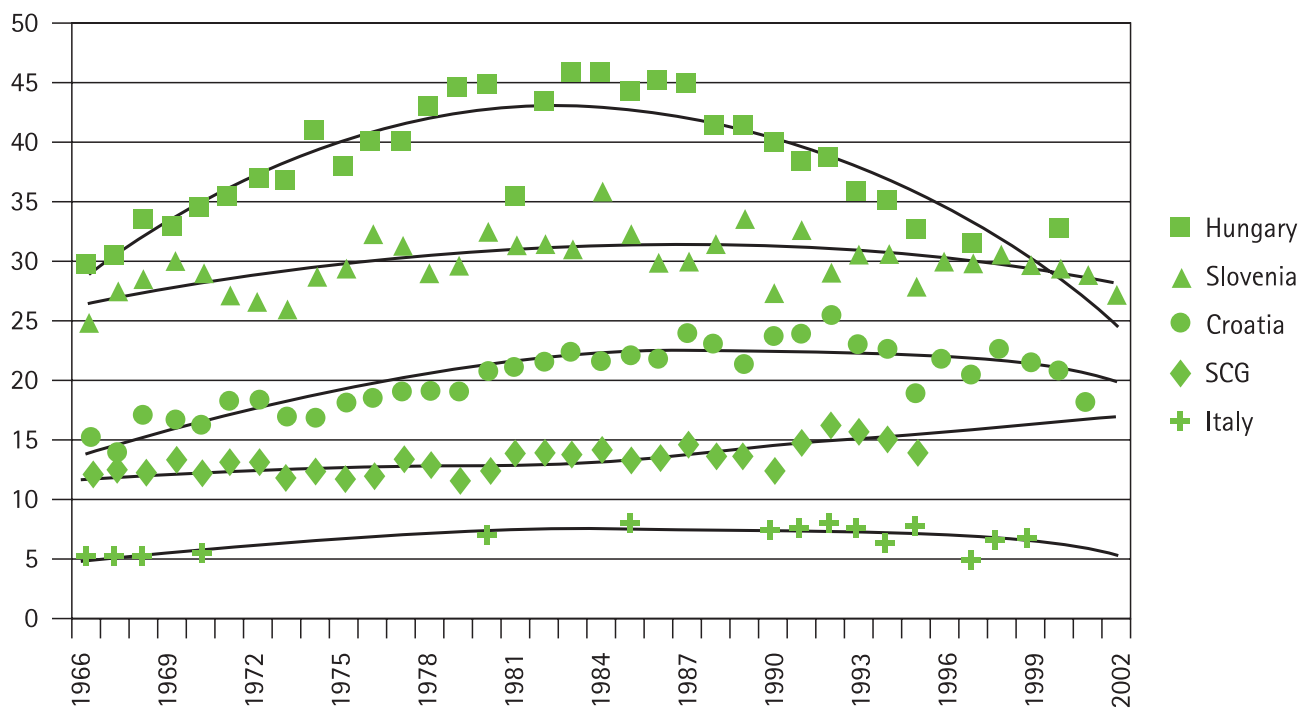


Grafikon 2. Stope suicida u usporedbi prema smrtnosti u Hrvatskoj (razdoblje 1966. do 2001. godine), broj suicida na 1.000 umrlih

Usporedba stope suicida s drugim okolnim zemljama

Grafikon 3 prikazuje stope suicida u Hrvatskoj u sporedbi sa Slovenijom, Srbijom i Crnom Gorom (SCG), kao i s onima iz Mađarske i Italije.

Stope suicida u Republici Hrvatskoj su oscilirale, ali su očito pokazale tendenciju povećanja od 1966. godine do 1992. godine s vrhuncima u 1987. godini (24,3), 1991. godini (24,4) i 1992. godini (25,86). Od 1993. godine do 2002. godine pokazuju se oscilacije, ali s očitom tendencijom smanjenja. Stopa suicida se smanjila od 25,86 na 100.000 u 1992. godini na 19,88 u 2001. godini, i 19,69 u 2002. godini, što je pad od 6,17 (23,9%). Poslije ratno razdoblje rezultiralo je dubokim promjenama u društvu, i te brze socijalne i kulturne promjene najbolje objašnjavaju pad stope suicida od ranih 1990-tih.



Grafikon 3. Trend stopa suicida u Hrvatskoj u usporedbi s onima u Srbiji i Crnoj Gori (SCG), Sloveniji, Mađarskoj i Italiji

Objašnjenje: Hungary - Mađarska, Slovenia - Slovenija, Croatia - Hrvatska, SCG - Srbija i Crna Gora, Italy - Italija

Suicidi prema regionalnoj raspodjeli

Ukupna površina Hrvatske je 56.542 km². Jadranska obala je dugačka 5.835 km. Hrvatska ima 1.185 otoka.

Hrvatska se može geografski podijeliti na kontinentalnu i obalnu regiju.

Kontinentalna Hrvatska se sastoji od tri područja: planinska Hrvatska, središnja Hrvatska i područje Slavonije i Baranje.

Obalno područje se sastoji od Istre, sjevernog Hrvatskog primorja i Dalmacije.

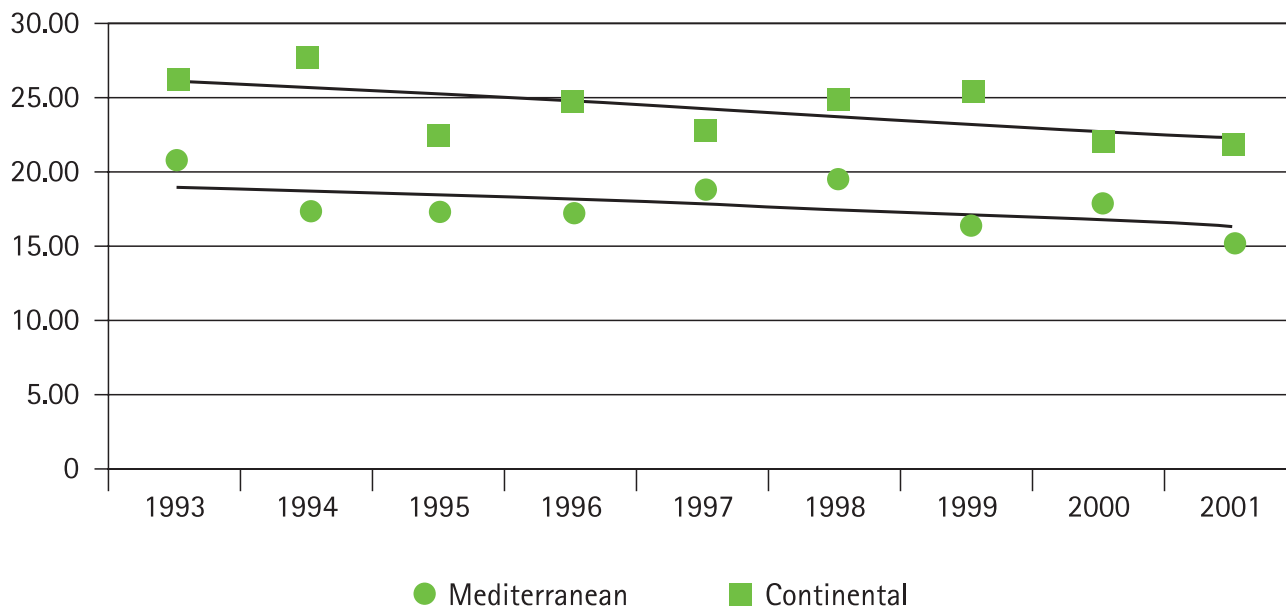
Kontinentalno područje ima kontinentalnu klimu s hladnim zimama.

Obalno područje ima mediteransku klimu koju karakteriziraju blage zime i sunčana i vruća ljeta.

Karta pokazuje regionalnu raspodjelu.



Grafikon 4. prikazuje stope suicida u kontinentalnoj i sredozemnoj Hrvatskoj u razdoblju 1993. do 2001. godine. Stope suicida bile su niže na sredozemnim nego na kontinentalnim dijelovima Hrvatske, ali trend smanjenja stope suicida očigledan je u oba područja. Suicidi su češći u nekim područjima Hrvatske. Najveće stope suicida ustanovljene su u sjevernim i zapadnim dijelovima Hrvatske, koji su najbliži Sloveniji i Mađarskoj, zemljama s tradicionalno višim stopama suicida.



Grafikon 4. Kretanje stope suicida u kontinentalnom (Continental) i sredozemnom (Mediterranean) dijelu Hrvatske

Suicidi s obzirom na dob

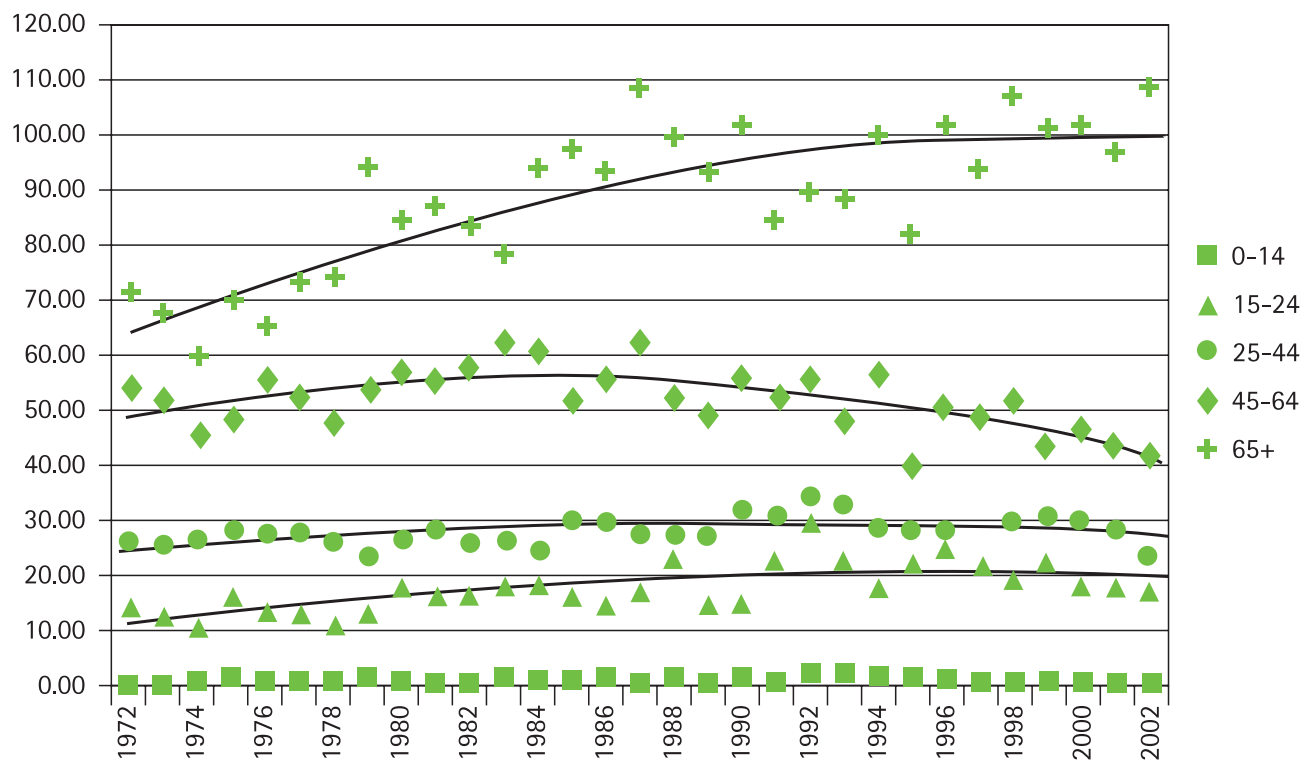
Općenito, učestalost suicida se povećava s godinama starosti. Stope kod ljudi starih 60 godina i više su oko tri puta veće od onih kod ljudi između 15 i 29 godina starosti. Apsolutni brojevi su, međutim, viši kod osoba mlađih od 45 godina.

Podaci drugih zemalja pokazuju porast učestalosti suicida kod adolescenata od 1970. godine. Na primjer, od 1980. godine do 1990. godine Lester (2001. g.) je ustanovio da je učestalost suicida kod muške mladeži (15 do 24 g.) porasla u 15 od 32 zemlje a učestalost suicida kod ženske mladeži u 10 od 32 zemlje. Učestalost suicida kod starijih (75 godina +) porasla je u 19 zemalja kod muškaraca i u 16 zemalja kod žena, što se čini ozbiljnim javnozdravstvenim problemom. Porast je bio mnogo širi i to kod 24 zemlje u razdoblju 1970. – 1980. godine, kada je kod 21 od 24 istraživane zemlje opaženo povećanje, dok je kod samo 13 opaženo povećanje u razdoblju od 1990. do 1995. godine. Nadalje, dok je kod nekih zemalja opaženo povećanje učestalosti suicida kod muške mladeži u sva tri razdoblja (kao kod Španjolske i SAD), kod drugih zemalja nije (kao u slučaju Hong Konga i Mađarske).

U Hrvatskoj nije opaženo povećanje stope suicida kod djece i adolescenata, trend je relativno stabilan u promatranom razdoblju. U Hrvatskoj je stopa suicida starijih viša od one kod mladih.

Starije osobe koje izvrše pokušaj samoozljeđivanja više su izložene riziku suicida nego mlađe osobe. Stope suicida u skupini starijih od 65 godina porasle su za oko 50% između 1972. i 2002. godine. Razlozi povećanja suicidalnosti među starijima nisu razjašnjeni, no mogući je čimbenik društvena izolacija, fizička ranjivost i povećani broj smrtnosti kod namjernog samoozljeđivanja.

Grafikon 5. prikazuje kretanje stope suicida u Hrvatskoj od 1972. do 2002. godine prema dobnim skupinama.

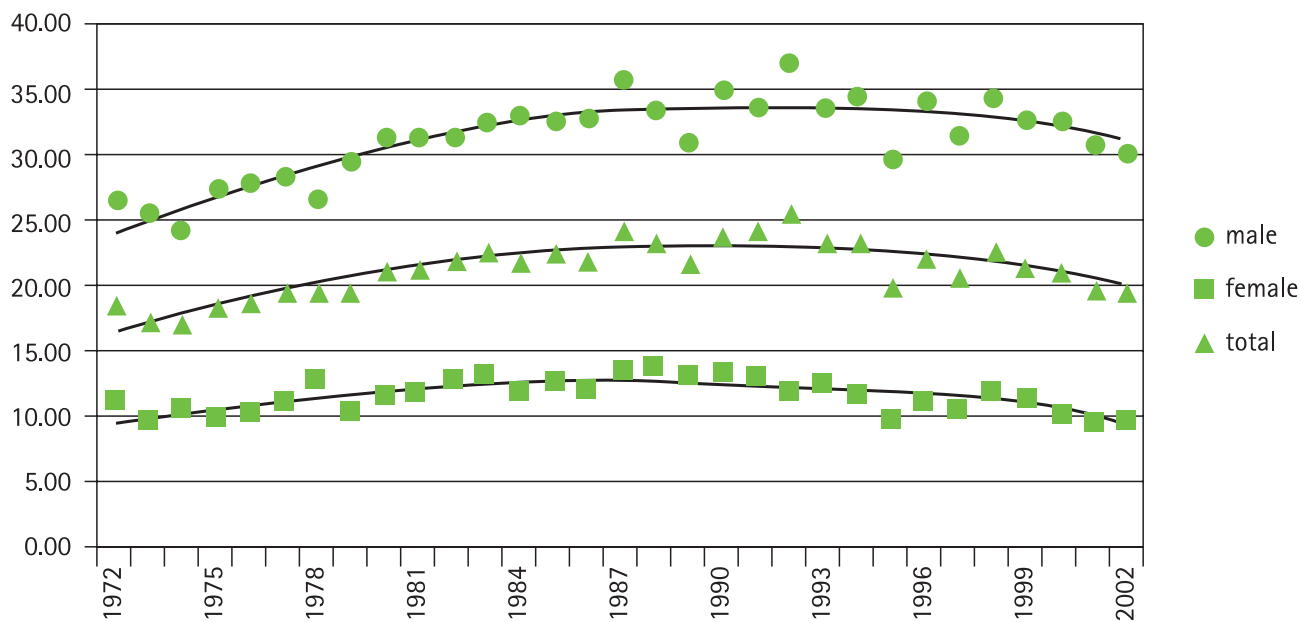


Grafikon 5. Kretanje stope suicida u Hrvatskoj od 1972. do 2002. godine prema dobnim skupinama (standardizirane stope na 100.000 stanovnika)

U 70-tim i 80-tim godinama stopa suicida porasla je naročito u dobnj skupini starijih od 65 godina. Sljedeća po visini je stopa u dobnj skupini od 45 do 64 godina; u ovoj je dobnj skupini opažen trend smanjenja stope u zadnjih 10 godina. Najniža učestalost opažena je u dobnj skupini od 24 godine i više s relativno stabilnim trendom tijekom zadnjeg desetljeća.

Stopa suicida s obzirom na spol

U 70-tim i 80-tim godinama stopa suicida porasla je kod oba spola, ali kod muškaraca je porast bio izraženiji. U drugoj polovici 90-tih godina opaženo je smanjenje u obje skupine. U 2002. godini, ukupna stopa kod muškaraca bila je 30 na 100.000. Usporedna stopa za žene bila je mnogo niža i iznosila je 10 na 100.000.

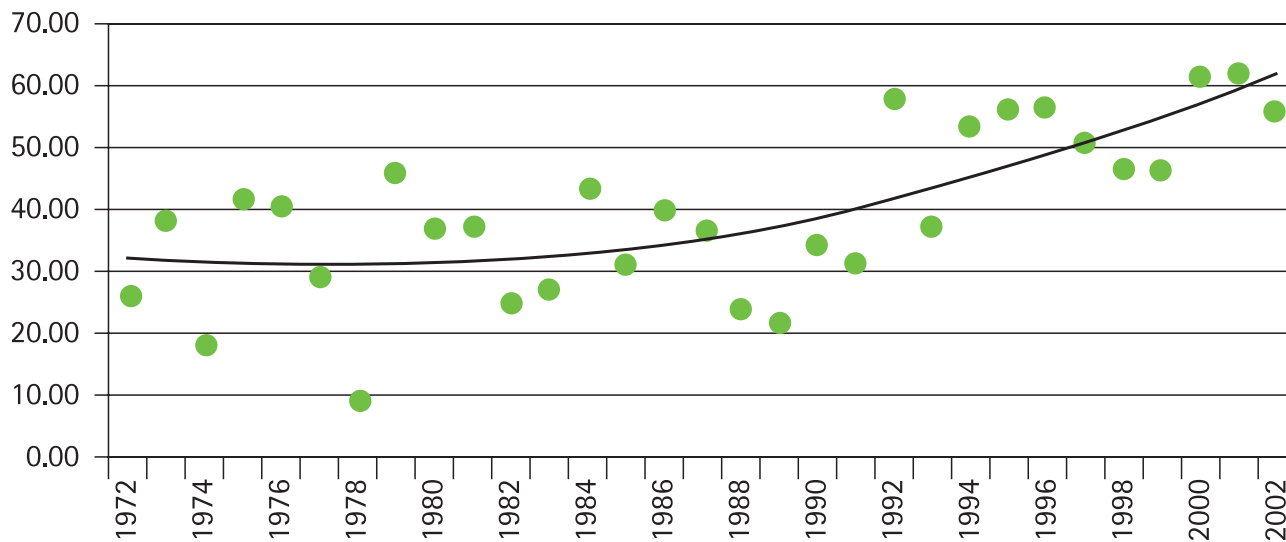


Grafikon 6. Stopa suicida kod muškaraca i žena u Hrvatskoj od 1972. do 2002. godine

Objašnjenje: male - muškarci, female - žene, total - ukupno

Omjer stopa suicida muškaraca i žena

U svakom vremenskom razdoblju kod muškaraca je dosljedno opažena viša stopa suicida nego kod žena. Odnos stope suicida za muškarce prema stopama suicida za žene u Hrvatskoj postupno je rastao od 2,5 u 1972. godini do 3 u 2002. godini.



Grafikon 7. Odnos stopa suicida muškaraca i žena u Hrvatskoj od 1972. do 2002. godine

Raspodjela izvršenih suicida s obzirom na način izvršenja suicida

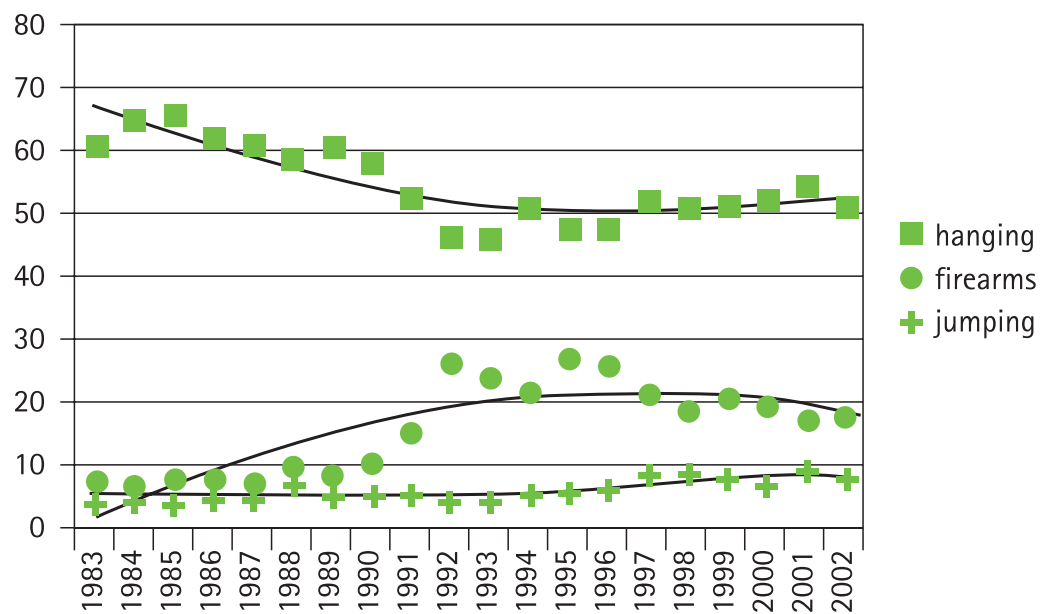
Raspodjela izvršenih suicida s obzirom na način izvršenja prikazana je na grafikonima 8a i 8b.

U više od pola slučajeva suicidi su bili izvršeni vješanjem (51%). Vatreno oružje je korišteno kod 17% izvršitelja. Vješanje i izvršenje suicida vatrenim oružjem bile su najčešće metode. Druge metode kao što su predoziranje lijekovima, skakanje s visine, utapljanje i nanošenje ozljede nožem bile su manje učestale.

Kontinuirano praćenje metoda smatra se značajnim, budući da omjer različitih metoda nije stabilan u svim vremenskim razdobljima (npr. Platt i dr. 1988.; Hawton i Fagg 1992.), zbog, na primjer, promjene u dostupnosti. Teoretski, ukoliko se ograniči mogućnost uporabe jedne od metoda mogli bi se povećati suicidi korištenjem letalnijih metoda. Na primjer, vatreno oružje bilo je češće prisutno kao metoda suicida za vrijeme rata (25,9%, 1992. godine) nego u poslijeratnom periodu (17% za 2002. godinu).

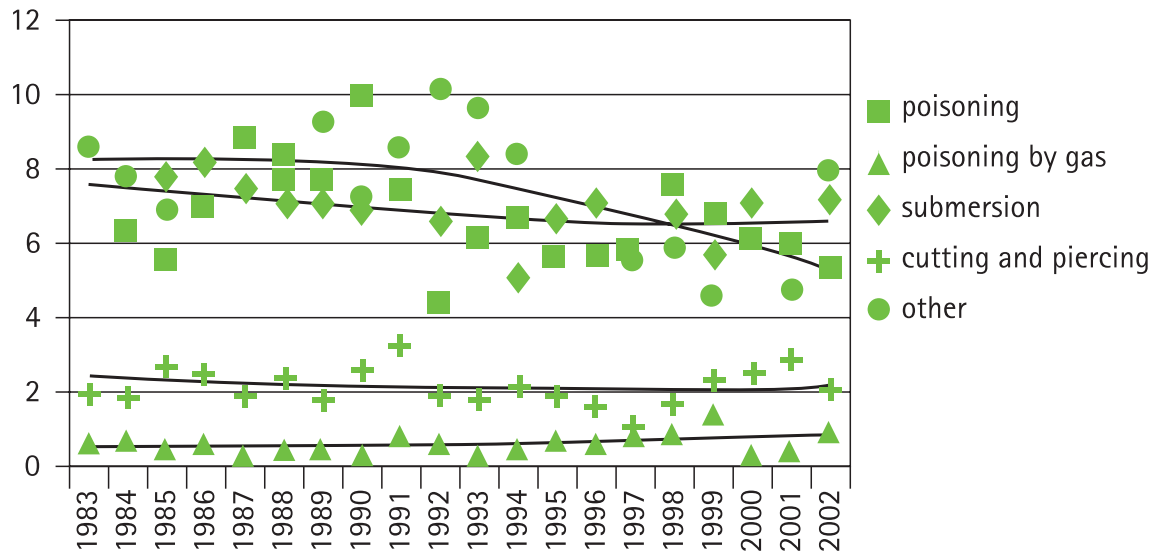
Više od polovine suicida u prijeratnom razdoblju (61% za 1989. godinu) bilo je izvršeno vješanjem, a za vrijeme rata i u poslijeratnom periodu ta je metoda opala u relativnom iznosu (50% za 2002. godinu).

Razlike s obzirom na spol ustanovljene su kod većine metoda. Žene su se predozirale lijekovima češće nego muškarci. Muškarci koriste letalnije metode što je slično kao i u drugim zemljama Europe.



Grafikon 8a. Raspodjela metoda suicida

Objašnjenje: hanging - vješanje, firearms - vatreno oružje, jumping - skakanje



Grafikon 8b. Raspodjela metoda suicida

Objašnjenje: poisoning - trovanje, poisoning by gas - trovanje plinom, submersion - utapanje, cutting and piercing - rezanje i probadanje, other - ostalo

Dobno standardizirane stope smrtnosti zbog suicida i samonanesenih ozljeda

Poseban problem u Hrvatskoj je vrlo visoka stopa samonanesenih ozljeda kod osoba starijih od 65 godina. Standardizirana stopa smrtnosti (SDR-standardized death rates) je približno dvostruko viša nego u Europi kod oba spola kao što je razvidno iz tablice koja slijedi.

Standardizirane stope smrtnosti zbog suicida i samonanesenih ozljeda u dobnoj skupini od 65 g. i više na 100.000 – oba spola

Zemlje	1999	2000	2001	2002
Hrvatska	57,83	58,49	42,45	45,9
Norveška	16,56	13,58	13,38	...
Europa	27,76	27,03	26,11	25,93
EU-25 prosjek, 25 zemalja članica, Europske unije (od 1. svibnja 2004.)	20,6	20,44	19,78	19,98
EU-15 prosjek, 15 zemalja članica, Europske unije (prije 1. svibnja 2004.)	19,19	19,06	18,65	...
EU-10 prosjek, 10 novih zemalja članica, Europske unije (od 1. svibnja 2004.)	29,59	29,22	27,03	26,47

Standardizirane stope smrtnosti zbog suicida i samonanesenih ozljeda u dobnoj skupini od 65 g. i više na 100.000 – žene

Zemlje	1999	2000	2001	2002
Hrvatska	31,12	31,77	23,67	23,59
Norveška	8,22	6,98	3,92	...
Europa	14,66	13,95	13,05	12,99
EU-25 prosjek, 25 zemalja članica, Europske unije (od 1. svibnja 2004.)	10,76	10,54	10,04	10,06
EU-15 prosjek, 15 zemalja članica, Europske unije (prije 1. svibnja 2004.)	10,13	9,77	9,55	...
EU-10 prosjek, 10 novih zemalja članica, Europske unije (od 1. svibnja 2004.)	14,61	15,17	12,99	12,59

(Izvor: SZO, baza podataka HFA, 2005. godina)

Klimatski uvjeti i suicid

Primjenjujući teoriju suicida koju predlažu Henry i Short, može se pretpostaviti da kada su vanjski vremenski uvjeti loši, postoji jasan izvor vanjske krivnje za vlastitu nevolju, što utječe na ispoljavanje agresivnosti prema van. U dobrim vremenskim uvjetima, nema jasnog vanjskog izvora koji bi mogao biti optužen, tako da se bijes usmjerava unutarnjim izvorima ili povećava sklonost depresivnim reakcijama. Ta je zamisao korištena da bi se pokušale objasniti više stope suicida u Hrvatskoj poslije zime, u proljeće, u mjesecima od travnja do lipnja (blaže vrijeme daje manje vanjskih povoda).

Rezultati se poklapaju s rezultatima drugih istraživanja (za pregledne radove pogledati Kevan, 1980; Chew and McCleary, 1995.; Preti i dr., 2000.) u kojima se analiziraju sezonske varijacije. Slično tome, i u Hrvatskoj je ustanovljen porast suicida u proljetnom razdoblju.

Količina sunčevog svjetla i suicidalnost mogu biti dovedeni u vezu hipotezom da sunčeve zrake djeluju kao prirodni antidepresiv koji prvo poboljšava motivaciju, kasnije poboljšava raspoloženje, a time stvara potencijalno povećani kratkoročni rizik suicida na početku razdoblja.

Moguće objašnjenje može biti da do smanjenja depresivnosti dolazi postupno. Depresivne osobe mogu biti suicidalne, ali nisu u stanju izvršiti suicid, zbog umora i nedostatka odlučnosti ili energije. Po početku antidepresivnog liječenja nedostatak energije i motivacije se postepeno povlači, ali pacijent koji je još uvijek u stanju beznada može se možda okrenuti ka izvršenju suicida. Tek nakon nekoliko tjedana poboljšanje je raspoloženja dovoljno značajno da pruži zaštitu od suicidalnih promišljanja.

Farmakoterapija i suicid

U posljednjih desetak godina više je novih antidepresiva, uključujući selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina (SIPPS), postalo raspoloživo u Hrvatskoj. Za nove antidepresive tvrdilo se da su jednako učinkoviti kao triciklički antidepresivi, ali bolje podnošljivi i manje toksični. Povećana upotreba SIPPS i novih antipsihotika vremenski se podudara sa značajnim smanjenjem smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj.

Kako je depresija najznačajniji psihijatrijski poremećaj povezan sa suicidalnošću, čini se opravdanim zaključiti da povećano propisivanje antidepresivnih lijekova, koje ukazuje na poboljšano liječenje depresije, ima pozitivne učinke na smanjenje stope suicida. Usporedbe radi, poboljšano liječenje depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Švedskoj rezultiralo je povećanim propisivanjem antidepresiva i kratkoročnim smanjenjem suicida.

Niska toksičnost SIPPS pri predoziranju može ukloniti rizik suicidalnosti. Omjer rizika i koristi može varirati ovisno o riziku od izvršenja suicida koji postoji kod pojedinca. Za bolesnike s dijagnozama kod kojih postoji visok rizik izvršenja suicida, poput teške depresije, omjer koristi i rizika može biti značajniji nego kod bolesnika koji boluju od anksioznih poremećaja ili blage depresije, kod kojih je suicid manje učestao.

Procjena i zbrinjavanje suicidalnosti

Zbrinjavanje suicidalnosti u hrvatskoj psihijatriji treba se usmjeravati na pružanje sigurnosti bolesniku, moguće putem hospitalizacije. Za bolesnike s visokim, ali ne neposrednim rizikom od suicida, agresivno liječenje postojeće psihičke bolesti je imperativ i treba uključivati kombinaciju farmakoterapije i psihoterapijskih metoda.

Ukoliko je neposredan rizik od suicida prisutan, indicirana je hospitalizacija. Ukoliko ne prijete rizik, liječnik bi trebao s bolesnikom dogovoriti takav plan liječenja koji bi bio usmjeren na poboljšanje osnovnog psihijatrijskog poremećaja. Pristup načinima za izvršenje suicida može biti ograničen ako se u tretman uključi obitelj i prijatelji bolesnika te povećanim kontaktom s liječnikom opće medicine.

Opće značajke procjene i liječenja suicidalnog bolesnika su navedene u tablici 1.

Tablica 1. Procjena i liječenje suicidalnih bolesnika

· procjena trenutne razine suicidalnog rizika
· prepoznavanje čimbenika koji predisponiraju suicidalni rizik (npr. psihijatrijski poremećaj, raniji pokušaji samoubojstva, psihijatrijski i somatski komorbiditet)
· prepoznavanje čimbenika koji bolesnika mogu potaknuti na izvršenje suicida (npr. obiteljska povijest, trenutna životna kriza, pristup ubojitim sredstvima, socio-demografski faktori)
· provođenje posebnih postupaka za prepoznavanje suicidalnog ponašanja, identificiranje suicidalnog plana ili rizičnih psihičkih simptoma (npr. depresija, strah, impulzivnost, beznadnost, halucinacije)
· prepoznavanje mogućih intervencija, uključujući čimbenike obiteljske ili društvene potpore
· dokumentiranje procjene i plana

Čimbenici suicidalnog rizika

Čimbenici rizika za izvršenje suicida uključuju primarne (psihička i fizička bolest), sekundarne (psihosocijalne) i tercijarne (demografske) faktore. Primarni faktori rizika uključuju primarne psihijatrijske poremećaje, komorbidna stanja i ozbiljne bolesti, kao i ranije pokušaje suicida, suicidalne ideje i planiranje suicida, obiteljske povijesti izvršenih suicida. Sekundarni faktori rizika jesu psihosocijalni faktori poput beznadnosti, disfunkcijsko ponašanje, slabe sposobnosti rješavanja problema i pesimizam. Tercijarni faktori rizika jesu demografski, poput dobi, spola, ranjivih razdoblja (promjene vremena, premenstrualni sindrom) i pripadnost manjinskoj grupi.

Klinička procjena dobivena procjenom faktora rizika jedno je od glavnih uporišta u donošenju odluke kada su kliničari suočeni s mogućom potrebom hospitalizacije potencijalno suicidalnog pacijenta. Faktori rizika povezani sa suicidalnim ponašanjem mogu imati visok stupanj osjetljivosti odnosno mogu s velikom pouzdanošću prepoznati pojedince koji kasnije izvrše suicid. Oni imaju nisku specifičnost, odnosno malu mogućnost da isključe pojedince koji kasnije ne izvrše suicid.

Visoko rizične skupine za izvršenje suicida

U niže navedenoj tablici prikazane su skupine visokog rizika za moguće izvršenje suicida u Hrvatskoj. Rizične skupine su brojne i uključuju muškarce, osobe s nekim psihijatrijskim poremećajem. Interesantno je da su neke profesije, poput liječnika i poljoprivrednika, pod većim rizikom, kao i nezaposleni i osobe s niskim prihodima.

Skupina visokog rizika	Procijenjena razina povećanog rizika
Muškarci u usporedbi sa ženama	× 2-3
Trenutni ili raniji psihijatrijski bolesnici	× 10
4 tjedna od otpuštanja iz psihijatrijske bolnice	× 100-200
Osobe koje su se namjerno ranjavale u prošlosti	× 10-30
Alkoholičari	× 5-20
Osobe koje koriste drogu	× 10-20
Obiteljska povijest suicida	Nepoznato
Ozbiljne somatske bolesti / invalidnost	Nepoznato
Zatvorenici	× 9-10
Prijestupnici s uvjetnom kaznom	× 8-13
Liječnici	× 2
Poljoprivrednici	× 2
Nezaposleni	× 2-3
Razvedeni	× 2-5
Ljudi s niskim primanjima (socijalna klasa IV / V)	× 4

Suicidi prema dijagnozi ustanovljenoj prije izvršenja suicida

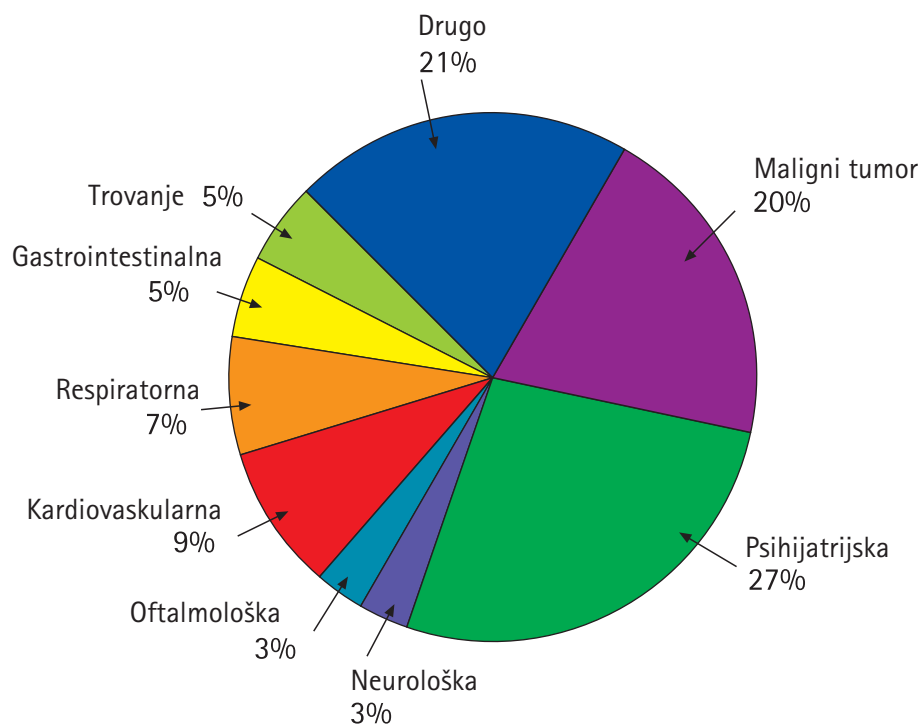
Podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazuju da je bilo 216 bolničkih liječenja u 2004. godini osoba koje su izvršile suicid kasnije iste godine.

Na grafikonu koji slijedi prikazane su dijagnostičke skupine kod otpusta s liječenja, a kod bolesnika koji su bili bolnički liječeni prije izvršenja suicida, za 216 hospitalizacija u 2004. godini.

Najčešća prva dijagnoza bio je psihijatrijski poremećaj (27%), na drugom mjestu bili su maligni tumori (20%).

Zanimljivo je da je trovanje prikazano kao prva dijagnoza u 5% promatranih hospitalizacija. Trovanje bi moglo biti objašnjeno kao čin parasuicidalnog ponašanja koje nije prepoznato u kontekstu suicidalnosti na internističkim odjelima. Stoga se čini korisnim razviti program za praćenje koji će označiti to ponašanje kao parasuicidalno i koji će dati priliku za kasniji učinkovit psihijatrijski tretman.

Grafikon 9. Prva dijagnoza (navedene su dijagnostičke grupe) pri otpustu iz bolnice prije pokušaja suicida, za 216 bolnički liječenih bolesnika u 2004. godini



Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Rasprava

Epidemiološki podaci vezani uz suicidalnost razlikuju se od zemlje do zemlje, s najvišom godišnjom stopom u skupini istočno-europskih zemalja, koje dijele slične povijesne i društveno-kulturološke osobitosti, poput Estonije, Latvije, Litve, Finske i Mađarske, te u manjoj mjeri Ruska Federacija. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje da suicid uzrokuje gotovo 2% smrti u svijetu. Ovaj pregled ukratko prikazuje suvremeno znanje o suicidalnosti u Hrvatskoj.

U zadnjih deset godina čini se da su se stope suicida u Hrvatskoj stabilizirale. Međutim, stope su još uvijek visoke kada se uspoređuju sa stopama suicida u drugim zemljama.

Tijekom nekoliko prethodnih desetljeća određeni broj istraživanja pokazao je značaj depresivnog poremećaja kod suicidalnosti starijih osoba. Teži depresivni poremećaj češći je kod starijih ljudi koji izvrše suicid nego kod mlađe populacije koja izvrši suicid.

Mnoge nedavne studije su otkrile neprepoznavanje suicidalnosti i loš tretman depresije među žrtvama suicida. Odgovarajuće antidepressivno liječenje neophodno je kod blagih i težih depresivnih poremećaja. Povećano korištenje selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina i novih antipsihotika koincidira sa značajnim padom smrtnosti od samoubojstva u Hrvatskoj. Stoga, u prevenciji suicida treba razmisliti o koristima od antidepressiva i novih antipsihotika pri odabiru liječenja bolesnika sa suicidalnim rizikom.

Mnogo je pažnje bilo posvećeno prepoznavanju depresivnog poremećaja i edukaciji liječnika opće prakse, koji imaju veliku odgovornost u prepoznavanju suicidalnog rizika, a koji također propisuju većinu antidepressiva.

Prevencija smrtnosti zbog suicida je velik problem u Hrvatskoj, povezan s mnoštvom društveno-ekonomskih varijabli, ograničenim sredstvima i stigmatiziranjem mentalne bolesti. Neophodno je uspostaviti prioritete u prepoznavanju i liječenju osoba pod visokim rizikom od suicida. Također je važno usmjeriti djelovanje na opće mjere prevencije, kao što je smanjenje pristupačnosti sredstava visoke smrtnosti i ukupno poboljšanje zaštite mentalnog zdravlja.

Postoji relativno dosljedna predominacija stope izvršenih suicida kod muškaraca u odnosu na iste kod žena, pri čemu su stope suicida tri puta više kod muškaraca. Postoji jasna tendencija prema povećanju stopa suicida s godinama starosti (i za muškarce i za žene). Nekoliko objašnjenja bilo je razmatrano za nacionalne i regionalne razlike, uključujući klimu, religiju, društvene i političke sustave, ali više je vjerojatan scenarij da će genetski doprinosi suicidu biti vremenom detaljnije razjašnjeni, kao i interakcija ovih čimbenika s onima iz okoline.

Značaj primarne prevencije razlikuje se od zajednice do zajednice, i može imati utjecaja na cijelu populaciju. Međutim, pojedinci s izraženom suicidalnošću zahtijevaju optimalne procjene i tretman, a to obično pruža primarna zdravstvena zaštita i hitne službe. Ovaj rad daje pregled problema, iznosi epidemiološke podatke, bavi se procjenom i mogućnostima zbrinjavanja suicidalnih bolesnika u Hrvatskoj.

