Povezanost karakteristika ličnosti i sociodemografskih čimbenika sa suicidalnošću kod oboljelih od afektivnih poremećaja

Petek Erić, Anamarija

Doctoral thesis / Disertacija

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:818770

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Anamarija Petek Erić

POVEZANOST KARAKTERISTIKA LIČNOSTI I SOCIODEMOGRAFSKIH ČIMBENIKA SA SUICIDALNOŠĆU KOD OBOLJELIH OD AFEKTIVNIH POREMEĆAJA

Doktorska disertacija

Osijek, veljača 2017. godine

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Anamarija Petek Erić

POVEZANOST KARAKTERISTIKA LIČNOSTI I SOCIODEMOGRAFSKIH ČIMBENIKA SA SUICIDALNOŠĆU KOD OBOLJELIH OD AFEKTIVNIH POREMEĆAJA

Doktorska disertacija

Osijek, veljača 2017. godine

Mentor rada: prof.prim.dr.sc. Pavo Filaković, dr. med., spec. psihijatar

Rad ima__154__ listova.

SADRŽAJ Str.

1. Uvod……**1**
1.1. Depresivni poremećaj……**...2**
1.1.1. Etiologija i patofiziologija depresivnog poremećaja……**...3**
1.1.1.1. Biološke teorije……**...3**
1.1.1.2. Neuroendokrinološke teorije……**..6**
1.1.1.3. Neuroimunološke teorije……**....7**
1.1.1.4. Kronobiološke teorije……**..7**
1.1.1.5. Psihološke teorije……**.....8**
1.1.1.6. Psihosocijalne teorije……**10**
1.1.1.7. Interaktivne teorije……**10**
1.1.1.8. Genetske teorije……**11**
1.1.2. Epidemiologija……**..11**
1.1.3. Klinička slika depresivnog poremećaja……**12**
1.1.3.1. Klinički oblici depresivnih epizoda……**...12**
1.1.4. Prognoza depresivnog poremećaja……**14**
1.2. Bipolarni afektivni poremećaj……**14**
1.2.1. Etiologija i patofiziologija bipolarno afektivnog poremećaja……**...15**
1.2.1.1. Genetski uzroci……**..15**
1.2.1.2. Neurobiološki uzroci……**16**
1.2.1.3. Molekularni i stanični uzroci……**16**
1.2.1.4. Neuroendokrini uzroci……**...17**
1.2.1.5. Okolinski uzroci……**....18**
1.2.2. Epidemiologija bipolarno afektivnog poremećaja……**18**
1.2.3. Klinička slika bipolarno afektivnog poremećaja……**...19**
1.2.4. Prognoza bipolarno afektivnog poremećaja……**..20**
1.3. Suicidalnost……**..20**
1.3.1. Epidemiologija suicidalnosti……**21**
1.3.2. Kratki pregled stavova prema suicidalnosti……**..23**
1.3.3. Etiologija suicidalnosti……**..24**
1.3.3.1. Neurobiologija suicidalnosti……**..24**
1.3.3.2. Neurokemijski endofenotip……**...25**
1.3.3.3. Neuroendokrini fenotip……**27**
1.3.4. Procjena suicidalnog rizika, čimbenici suicidalnog rizika i psihosocijalni stresori……**..29**
1.3.4.1. Statični čimbenici rizika……**30**
1.3.4.2. Dinamični čimbenici rizika……**31**
1.3.4.3. Psihosocijalni stresori……**32**
1.3.5. Zaštitni čimbenici……**..32**
1.3.5.1. Zdravi međuljudski odnosi……**33**
1.3.5.2. Vjerski stavovi……**...33**
1.3.5.3. Životni stil kao zaštitni čimbenik……**..33**
1.4. Afektivni poremećaji, suicidalnost, ličnost – tematska sinteza……**...34**

2. Hipoteza……..**36**
3. Cilj istraživanja……...**37**
4. Ispitanici i metode……...**38**
4.1. Ustroj studije……**38**
4.2. Ispitanici……...**38**
4.3. Metode……**40**
4.3.1. Standardizirani upitnici za procjenu……..**40**
4.3.1.1. Upitnik za procjenu ličnosti – „The Temperament and Character Inventory“ (TCI)……..**40**
4.3.1.2. Upitnik za procjenu suicidalnosti – „Columbia-Suicide Severity Rating Scale“ (C-SSRS)……..**42**
4.3.1.3. Upitnik za procjenu depresivnih simptoma – „Hamilton Depression Rating Scale“ (HAM-D)……..**42**
4.3.1.4. Upitnik za procjenu razloga za život – „Reason For Living Inventory“ (RFL)……**43**
4.3.1.5. Sociodemografski upitnik……..**43**
4.4. Statistička obrada podataka……**44**
5. Rezultati……..**45**
5.1. Utjecaj demografskih i psihosocijalnih čimbenika na suicidalnost……**45**
5.2. Utjecaj specifičnih osobina ličnosti temeljenih na neurobiološkom modelu na oboljele od afektivnih poremećaja……**50**
5.3. Specifične osobine ličnosti prema težini depresije (HAM-D ljestvica) kod prijema i otpusta u oboljelih od afektivnih poremećaja kod suicidalnih bolesnika……**56**
5.4. Povezanost težine depresije (HAM-D) s karakteristikama suicidalnog pokušaja/ suicidalnosti (C-SSRS)……**61**
5.5. Intenzitet i razina suicidalnog rizika temeljem karakteristika ličnosti……**68**
5.6. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema demografskim obilježjima……..**88**
5.7. Povezanost suicidalnih ideja i pokušaja suicida s pokazateljima razloga za život……**...108**
6. Rasprava……....**116**
6.1. Utjecaj specifičnih osobina ličnosti i suicidalnosti na oboljele od poremećaja raspoloženja……...**116**
6.2. Intenzitet i razina suicidalnog rizika temeljem karakteristika ličnosti……...**122**
6.3. Povezanost suicidalnih ideja i pokušaja suicida s pokazateljima razloga za život**....125**
6.4. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema demografskim obilježjima……....**127**
6.5. Ograničenja istraživanja……**128**
7. Zaključci……**129**
8. Sažetak……..**131**
9. Summary……...**133**
10. Literatura……...**135**
11. Životopis……...**150**
12. Prilozi……**155**

KRATICE

SZO – svjetska zdravstvena organizacija

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema –deseta revizija

5-HT – serotonin

NA – noradrenalin

DA – dopamin

BDNF – brain derived neurotrophic factor

5-HT1A – serotoninski receptor 1A

MAO – monoamono-oksidaza

GABA – gama-aminobutirična kiselina

HHA – hipotalamičko-hipofizno-adrenalna os

CRH – kortikotropin oslobađajući hormon

TRH – tireotropin oslobađajući faktor

TSH – tiroid-stimulirajući hormon

T3 – trijodtironin

T4 – tiroksin

SŽS – središnji živčani sustav

BAP – bipolarno afektivni poremećaj

IMPaza – enzim inozitol-monofosfataza

IPPaza – enzim inozitol-polifosfataza

PKC – protein kinaza C

GSK 3 – glikogen-sintaza-kinaza

NAA – N-acetil-aspartaza

5-HIAA – 5-hidroksi-indol-octena kiselina

ACTH – adrenokortikotropni hormon

TCI – Temperament and Character Inventory

NS – traganje za novim

HA – izbjegavanje štete, odnosno svega što izaziva psihičku bol

RD – ovisnost o nagradi

P – upornost

SD – samo-vođenje

C – suradnja

ST – nadilaženje samoga sebe

C-SSRS – Columbia –Suicide Severity Rating Scale

HAM-D – Hamilton Depression Rating Scale

RFL – Reason for Living Inventory

SCB - preživljenje i mehanizmi suočavanja

RF – odgovornost prema obitelji

CRC – briga usmjerena na dijete

FS – strah od samoubojstva

FSD – strah od socijalnog neprihvaćanja

MO – moralni prigovori

Zahvaljujem svome mentoru, prof.dr.sc. Pavi Filakoviću, na uspješnoj dugogodišnjoj suradnji, edukaciji u kliničkom i znanstvenom radu, savjetovanju, strpljenju te potpori u izradi ove disertacije.

Svome suprugu, roditeljima, a osobito djeci (Iva Lea i Vito) zahvaljujem na bezuvjetnoj podršci, razumijevanju i strpljenju bez čega izrada disertacije ne bi bila moguća niti uspješna.

1. UVOD

Poremećaji raspoloženja (depresivni poremećaj i bipolarni afektivni poremećaj) i suicidalnost predstavljaju važan globalni javno-zdravstveni problem današnjice (1). Prema procjenama Svjetske Zdravstvene Organizacije (SZO) smatra se da od poremećaja raspoloženja (depresije) boluje oko 350 milijuna ljudi (2,3). Istraživanje SZO, provedeno u 17 zemalja, pokazuje da je u prosjeku jedna od 20 osoba imala epizodu depresije u prethodnoj godini svoga života. Afektivni poremećaji ili poremećaji raspoloženja najčešći su psihijatrijski entiteti. Glavni simptom tih poremećaja je promjena raspoloženja, a sekundarna obilježja su poremećaji nagona i kognicije. Poremećaji raspoloženja, osobito depresivni poremećaj, počinju u relativno ranoj životnoj dobi te dovode do oštećenja funkcionalnosti pojedinca, a često poprimaju ponavljajući odnosno kronični tijek. Upravo zbog tih razloga, kao i zbog kroničnog tijeka koji depresija nerijetko poprima u oboljelih, depresivni poremećaj predstavlja vodeći uzrok onesposobljenosti pojedinca na globalnoj razini (3-6). U svjetskoj raspodjeli udjela bolesti depresija ima uzlazni trend, te se tako 2004. godine s ukupnim udjelom od 4.3% popela s trećeg na drugo mjesto, a SZO procjenjuje da će 2030. godine zauzeti prvo mjesto (nakon čega će slijediti ishemijske bolesti srca, prometne nesreće, cerebrovaskularne bolesti i kronična opstruktivna plućna bolest). Depresija je već sada prema SZO vodeći uzrok broja izgubljenih godina zdravog života u populaciji žena od 15. do 44. godine života (2,7). U „Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema - deseta revizija“ (MKB-10, 1994. godine) navedeni su poremećaji svrstani su u kategoriju F 30 – F 39 (8). Afektivni poremećaji obuhvaćeni u ovome istraživanju provedenom radi izrade doktorske disertacije su slijedeći: bipolarno afektivni poremećaj – depresivne epizode bez psihotičnih simptoma (F 31.3/F31.4) i ponavljajući (povratni) depresivni poremećaj – depresivne epizode bolesti bez psihotičnih simptoma (F 33.2). Stope suicida i pokušaja suicida su najviše upravo kod oboljelih od poremećaja raspoloženja. No, osim postojanja duševnog poremećaja koji, sam po sebi, predisponira osjetljivog pojedinca za veći suicidalni rizik u odnosu na opću populaciju, od posebnoga su značaja i karakteristike ličnosti koje mogu biti dodatni čimbenik i za pojavu poremećaja raspoloženja i suicidalnog rizika. Ovo istraživanje obuhvaća promatranje specifičnih karakteristika ličnosti u sprezi sa suicidalnim pokušajem u okviru poremećaja raspoloženja (depresivni poremećaj i bipolarni afektivni poremećaj – depresivne epizode) i utjecaj sociodemografskih čimbenika.

1.1. Depresivni poremećaj

Simptomi depresivnog poremećaja raspoloženja dijele se na ponašajne, emocionalne, motivacijske, tjelesne i kognitivne. Uobičajena dob pojave prve depresivne epizode je između 24. i 35. godine života. Osim sniženog raspoloženja (hipotimije) depresivni poremećaj kao klinički entitet podrazumijeva oskudnu emocionalnu reakciju, gubitak volje, inicijative, energije i interesa, osjećaje krivnje i smetnje nagona. U sklopu depresivnog poremećaja može se diferencirati i depresivna epizoda. Oznaku depresivne epizode (kategorije: blaga (F32.0), umjerena (F32.1), teška (F32.2 i F32.3)) bi trebalo upotrijebiti samo za jednu (prvu) depresivnu epizodu. Sljedeće depresivne epizode klasificiraju se kao jedan od pod-dijelova ponavljajućeg depresivnog poremećaja (F33-) (8). Stupnjevi težine poremećaja specificirani su da bi pokrili široki opseg kliničkih stanja koja se susreću u različitim tipovima psihijatrijske prakse. Osobe s blagim depresivnim epizodama često se liječe u sklopu primarne zdravstvene zaštite dok psihijatrijski odjeli uglavnom obuhvaćaju bolesnike koji pate od težih stupnjeva poremećaja. Depresivnu epizodu određuju tri tipične skupine simptoma s minimalnim trajanjem od dva tjedna (glavni, popratni i „somatski“) (9). Ipak, kao tri glavna simptoma prema MKB-10 klasifikaciji izdvajaju se depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja te povećan zamor čine. Popratni simptomi uključuju smanjenu koncentraciju i pažnju, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, osjećaje krivnje i bezvrijednosti (čak i u blagom obliku depresije), sumorne i pesimistične pogledi na budućnost, ideje o samoozljeđivanju ili suicidu, poremećaj spavanja i smanjeni apetit. Tipični primjeri „somatskih“ (negdje ih se naziva i „melankoličnim“, „biološkim“, „vitalnim“ i „endogenomorfnim“) simptoma odnose se na gubitak interesa ili uživanja za aktivnosti koje su inače ugodne; gubitak emocionalnih reakcija na inače ugodne događaje i okolinu; jutarnje buđenje 2 ili više sati prije uobičajena vremena; depresivno stanje lošije ujutro; objektivni dokaz o jasnoj psihomotorno retardaciji ili agitaciji (uočeno na bolesniku ili zamijećeno od drugih osoba); očiti gubitak apetita; gubitak težine (često definiran kao gubitak od 5% ili više tjelesne težine u posljednjem mjesecu); uočljivi gubitak libida. Potonji somatski simptom obično se ne smatra prisutnim ako nisu prisutna bar četiri gore navedena simptoma. Razlikovanje između blage, umjerene i teške depresivne epizode temelji se na zahtjevnoj kliničkoj procjeni koja uključuje tip, broj i težinu prisutnih simptoma. Teška depresivna epizoda naziva se i velikom depresivnom epizodom, velikim depresivnim poremećajem ili major depresijom (eng. major depressive disorder) (8) (10). Prema MKB-10 klasifikaciji povratni depresivni poremećaj (F33-) karakteriziran je ponovljenim epizodama depresije koje

se po težini dijele na: blagu depresivnu epizodu (F33.0), umjerenu depresivnu epizodu (F 33.1), tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma (F33.2), tešku depresivnu epizodu sa psihotičnim simptomima (F33.3), ponavljajući depresivni poremećaj – u remisiji (F33.4) te drugi (F33.8) i neodređeni ponavljajući depresivni poremećaj (F33.9). Pojedinačne epizode traju između tri i dvanaest mjeseci, s prosječnim trajanjem oko 6 mjeseci. Oporavak između epizoda je obično potpun, no u manjeg broja bolesnika se može razviti trajna depresija, uglavnom u starijoj dobi. Otprilike oko dvije-trećine oboljelih od depresije ne zamjećuje svoj problem, ne smatraju da imaju bolest koja se može liječiti i ne traže stručnu pomoć. Tome pridonosi kontinuirano zanemarivanje i negativna javna percepcija ove bolesti, ali i medicinskog osoblja, što dovodi do intenziviranja društvene stigme te posljedično i do izbjegavanja razgovora o bolesti od strane oboljelih (11,12). Kad je riječ o primarnoj zdravstvenoj zaštiti i prvom javljanju liječniku, raznovrsni tjelesni simptomi (umor, glavobolja, bolovi u trbuhu ili neodređene poteškoće spavanja) pacijenta često mogu biti manifestacija depresivnog poremećaja (13). Osim prethodno navedenih dijagnostičkih kriterija prema MKB-10 klasifikaciji, u diferencijalno-dijagnostičkom razmatranju prije postavljanja dijagnoze depresije treba isključiti i druge psihijatrijske poremećaje, bolesti središnjeg živčanog sustava (SŽS), endokrine poremećaje/bolesti, infektivne i upalne bolesti, stanja inducirana uporabom određenih lijekova te poremećaje sna (9).

1.1.1. Etiologija i patofiziologija depresivnog poremećaja

1.1.1.1. Biološke teorije

Dosadašnji dokazi o patofiziologiji depresivnog poremećaja upućuju na iznimno složenu interakciju između specifičnih neurotransmitora i regulacije broja i osjetljivosti receptora, kojom se modulira afektivni izražaj pojedinca. Klinička i pretklinička istraživanja govore o poremećaju regulacije serotonina (5-HT) u središnjem živčanom sustavu, ali i o interakciji i disregulaciji drugih neurotransmitora poput noradrenalina (NA), dopamina (DA), glutamata i BDNF (eng. brain derived neurotrophic factor) (14). Klasične neurobiološke teorije temelje se na poremećaju regulacije serotonina i noradrenalina. Smanjenje razine serotonina u središnjem živčanom sustavu potkrijepljeno je u istraživanjima o depleciji triptofana koja dovodi do smanjenje sinteze serotonina, što može dovesti do razvoja depresivnog poremećaja kod osoba s povećanim rizikom za depresiju (npr. depresivni poremećaj u remisiji, zdravi pojedinci sa obiteljskom anamnezom depresije) te istodobnim pojačanjem metabolizma u ventromedijalnom prefrontalnom korteksu i subkortikalnim moždanim regijama (15,16).

Također, postoje i dokazi o abnormalnostima serotoninskih receptora u depresiji. Najuvjerljivije su dokaze iznijele studije o serotoninskom 1A receptoru (5-HT1A) čija je funkcija regulacija funkcije serotonina. U različitim područjima mozga oboljelih od depresivnog poremećaja otkrivena je smanjena dostupnost 5-HT1A receptora. Doduše, ta abnormalnost nije visoko specifična samo za depresivni poremećaj, već se može pronaći i kod oboljelih od paničnog poremećaja i epilepsije temporalnog režnja (17-19). Međutim, mehanizam gubitka serotonina kod depresivnih pacijenata još uvijek je nepoznanica. Brojna istraživanja metabolita serotonina u plazmi, urinu, likvoru kao i ona post-mortem do sada su rezultirala nekonzistentnim rezultatima. Određeni dokazi upućuju da visoka razina enzima monoamino-oksidaze (MAO) u mozgu, koja sudjeluje u metabolizmu serotonina, može dovesti do smanjenja razine serotonina u mozgu (20). Isto tako, mutacije u genskom kodiranju specifičnog enzima u mozgu triptofan hidroksilaze-2, koje dovode do gubitka njegove funkcije, mogu biti uzrokom smanjene proizvodnje serotonina kao i rijedak rizični faktor za razvoj depresije (21). Istraživanja o smanjenom metabolizmu noradrenalina, povećanoj aktivnosti tirozin hidroksilaze i smanjenoj gustoći noradrenaliskog neurotransmitorskog transportera u mozgu (locus ceruleus) depresivnih pacijenata upućuju na disfunkciju noradrenalinskog sustava u mozgu kao i na važnost ovih pokazatelja u patofiziologiji depresije (22). Smanjena neuralna gustoća u locus ceruleus-u, povećana gustoća alfa-2 adrenergičkih receptora i smanjena gustoća alfa-1 adrenergičkih receptora pronađene su post-mortem u mozgu oboljelih od depresije koji su izvršili suicid (23). Neovisno o pojedinačnim istraživanjima još uvijek ne postoji metoda kojom bi se moglo selektivno inducirati smanjenje razine noradrenalina, a nije ni moguće zabilježiti ga slikovnim metodama, stoga se može reći da nema čvrstih dokaza za potkrepljenje teorije o disfunkciji noradrenalina. Važnu ulogu u razvoju depresivnog poremećaja ima i metabolizam dopamina. Smanjene razine dopamina u likvoru i plazmi (iz uzorka venske krvi) oboljelih od depresije potvrđene su u više istraživanja (24, 25). Vezanje dopamina za strijatalne dopaminske transportere i unos dopamina smanjeni su kod oboljelih od depresije, što je konzistentno sa smanjenom dopaminskom neurotransmisijom (26). Nedostatak dopamina u središnjem živčanom sustavu povezan je s oslabljenim reagiranjem na pozitivne podražaje kao i pretjeranim odgovorom na negativne podražaje kod oboljelih od depresije (27,28). Neki eksperimenti pokazuju da je smanjena dompaminska neurotransmisija u n. accumbens povezana s anhedonijom i nedostatnim obavljanjem zadataka koji su pak povezani s nagradom kod pojedinaca s povećanim rizikom od razvoja depresivnog poremećaja (29). Svi poznati antidepresivni lijekovi ciljaju na moduliranje monoaminskog neurotransmiterskog

sustava. Postojanje potpune ili djelomične rezistencije na te lijekove kao i njihovo odgođeno djelovanje idu u prilog tome da je disfunkcija monoaminskih neurotransmitera u depresivnom poremećaju samo dio složenijeg poremećaja u središnjem živčanom sustavu (30). Osim monoaminskog neurotransmitorskog sustava na patofiziologiju depresivnog poremećaja utječe i disregulacija neurotrofičnih faktora te glutamatergičkog i GABA-ergičkog neurotransmitorskog sustava. Rizični čimbenici za pojavu depresivnih epizoda mijenjaju se tijekom bolesti odnosno depresivnog poremećaja. Prva je depresivna epizoda obično potaknuta nekim važnim psihosocijalnim stresogenim okolnostima (tj. „reaktivna“) dok su naredne epizode inducirane slabijim stresogenim čimbenicima ili se pojavljuju spontano (tj. „endogeno“) (31). To potvrđuju i istraživanja koja su pokazala da je gubitak volumena hipokampusa i drugih regija mozga povezan s trajanjem depresije, čime se implicira kako neliječena depresija dovodi do gubitka hipokampalnog volumena, što onda dovodi do pojačane osjetljivosti na stres i povećanog rizika od ponavljanja epizode kao i moguće rezistencije na primjenu antidepresivnih lijekova (32-34). Glukokortikoidna neurotoksičnost, glutamatergična toksičnost, smanjena razina neurotrofičkih čimbenika i smanjena neurogeneza predstavljaju potencijalne mehanizme gubitka volumena mozga u depresiji. Međutim, kako ne postoje slikovne metode za zabilježavanje neurotoksične i neurotrofične procese in vivo, zasada nema čvrstih dokaza u prilog ovim mehanizmima. Višestruka istraživanja pomoću spektroskopske magnetske rezonance ukazala su na postojanje smanjenja ukupne koncentracije gama-aminobutirične kiseline (GABA) u prefrontalnom i okcipitalnom moždanom kortesku tijekom akutne depresivne epizode (35). To može biti posljedica učinaka akutnog stresa s obzirom da psihološki stres inducira silaznu (eng. down-regulation) presinaptičku regulaciju prefrontalne GABA-ergičke neurotransmisije dok utjecaj kroničnog stresa može temeljem promjena u sintezi neuroaktivnih steroida umanjiti funkciju GABA-A receptora (36,37). Najvažniji ekscitatorni neurotransmitor – glutamat ima izrazito složen utjecaj na razvoj depresivnog poremećaja s posljedičnim učinkom na glijalne stanice (astrocite i mikrogliju) i disfunkciju glukokortikoidnog receptora. Prekomjerna glutamatna neurotransmisija s ekscitotoskičnosti doprinosi ne samo razvoju depresivnog poremećaja nego i depresivnog poremećaja otpornog na liječenje. Prekomjerna aktivacija mikroglije i upalni procesi dovode do glutamatergične disfunkcije astrocita, što onda rezultira aktivacijom funkcije mikroglije. Isto tako, rani negativni životni događaji i disfunkcija glukokortikoidnog receptora uzrokuju povećanu vulnerabilnost na stres u odrasloj dobi. Upravo taj neprilagođeni odgovor na stres rezultira povećanim lučenjem glutamata i pro-upalnih citokina, što ima za posljedicu aktivaciju mikroglije te čini pojedinca podložnim depresiji (38,39).

1.1.1.2. Neuroendokrinološke teorije

Osim opisanih neurotransmitorskih sustava značajan utjecaj na razvoj depresivnog poremećaja ima i neuroendokrini sustav, odnosno hipotalamičko-hipofizno-adrenalna (HHA) os. Kao odgovor kortikalnih moždanih regija na doživljeni psihološki stres javlja se oslobađanje kortikotropin oslobađajućeg hormona (eng. CRH) iz hipotalamusa. Time dolazi do lučenja kortikotropina iz hipofize, čime se stimulira lučenje kortizola iz nadbubrežne žlijezde. Posljedica ove hiperaktivnosti je izostanak negativne povratne sprege, odnosno povratne regulacije lučenja CRH i adrenergičkog sustava. Ovaj fiziološki odgovor na stres je dijelom ovisan i o spolu. Žene općenito imaju pojačani odgovor na stres (pojačano lučenje kortizola), osobito u pogledu socijalne izolacije/isključivanja, što je sukladno većoj incidenciji depresivnog poremećaja u žena (40). Kod muškaraca je zabilježeno pojačano lučenje kortizola kod uspješnog obavljanja zadataka/izazova (41). Iako se smatra da depresivni poremećaj ima veze s utjecajem i postojanjem stresogenih čimbenika, istraživanja pokazuju kako kod većine oboljelih od depresivnog poremećaja nije utvrđena disfunkcija hipolatamičko-hipofizno-adrenalne osovine (42). S druge strane, određena istraživanja su pokazala da je u nekih ispitanika oboljelih od depresivnog poremećaja narušena funkcija HHA osi kao i izvan-hipotalamičko lučenje kortikotropnog hormona (43). Individualne razlike u lučenju stresogenih hormona ili disfunkciji HHA osi značajno ovise kako o postojanju traumatskog iskustva u djetinjstvu tako i o genetskoj podlozi. Ukoliko je već u ranoj životnoj dobi odgovor na stres prekomjeran, neuroni s glukokorikoidnim receptorima u hipotalamusu postaju preosjetljivi, što stvara biološku podlogu (vulnerabilnost) za kasnije depresivne obrasce odgovora na stres (44,45). Moguća biološka podloga depresije može se dokazati praćenjem nekih bioloških markera (izostanak supresije kortizola deksametazonom, smanjena sekrecija hormona rasta i sl.). Iako se smatra da je deksametazonski test (CRH stimulacijski test) pogodan za otkrivanje disfunkcije HHA osi, njegova je specifičnost za depresivni poremećaj niska (46). Međutim, izostanak supresije kortizola u ovome testu jasno je povezan s povećanim rizikom za relaps depresivnog poremećaja kod oboljelih koji se nalaze u fazi remisije (47). Dugoročno pojačano lučenje kortizola u depresivnom poremećaju može imati ulogu u razvoju neželjenih tjelesnih bolesti poput osteoporoze, inzulinske rezistencije ili šećerne bolesti tip II te kardiovaskularnih bolesti (48,49). Općenito, hiperkortizolemija može izazvati ponašajne i tjelesne simptome slične depresivnom poremećaju poput smanjenog apetita, narušene dinamike sna, smanjenog libida i promjena u psihomotorici (50). Važnost uloge kortikotropin oslobađajućeg hormona u razvoju

depresivnog poremećaja je neosporna, no dosadašnja istraživanja nisu homogena glede pretpostavke da disfunkcija HHA osi čini jedan od glavnih patofizioloških puteva u razvoju depresije. Uočena je veza između depresije i funkcije štitnjače. Tireotropin oslobađajući faktor (TRH) potiče lučenje tiroid-stimulirajućeg hormona (TSH) koji pak omogućuje oslobađanje trijodtironina (T3) i tiroksina (T4) iz štitnjače. TRH test, koji se može provesti u probiru za depresivni poremećaj, sastoji se od primjene TRH-a koja dovodi do oslobađanja TSH. Kod nekih depresivnih bolesnika (ali i kod osoba s drugim psihičkim poremećajima) taj test sugerira drugačiji odgovor. TRH stimulacija umjesto povećanog dovodi do smanjenog oslobađanja TSH, no potrebno je naglasiti kako je ovaj test manje specifičan i senzibilan od deksametazonskog testa (10, 51).

1.1.1.3. Neuroimunološke teorije

U depresiji također dolazi do aktivacije upalnog odgovora s hiperaktivnošću proinflamatornih citokina. Termin „bolesničko ponašanje“ označava stanje koje dijeli neka zajednička obilježja s depresivnim poremećajem (umor, anhedonija, psihomotorna inhibiranost i kognitivne poteškoće), a posljedica je aktivacije sustava upalnog odgovora. Stanje bolesti uzrokovano je posrednim djelovanje proupalnih citokina poput interleukina 1-α (IL1-α), tumor nekrotičnog faktora α (eng. tumor necrosis factor; TNF-α) i interleukina 6 (IL6) koji izaziva aktivaciju HHA osi i narušava funkciju serotoninskog sustava (52). Citokini mogu smanjiti aktivnost serotonina u presinaptičkom neuronu, ukloniti serotonin iz sinaptičke pukotine i dovesti do promjena na serotoninergičkim receptorima na postsinaptičkom neuronu (53). Nedavna istraživanja upućuju na to da upravo aktivnost proupalnih mehanizama u mozgu i citokina utječe na signalne putove uključene u psihopatologiju depresije, mehanizme djelovanja antidepresivnih lijekova kao i njihovu povezanost s procesima neurogeneze i neuralne plastičnosti. Ova saznanja idu u prilog tome da aktivnost proupalnih mehanizama u mozgu i djelovanje citokina mogu biti uzrok i/ili održavajući čimbenik depresivnog poremećaja te da njihova prisutnost može doprinijeti dijagnosticiranju i prognozi tijeka depresije (54). Psiho-neuro-imunološki aspekt ove teorije može upotpuniti monoaminske i neuroendokrine teorije, objašnjavajući stanje depresije kao i nemogućnost prilagodbe na stresogene okolnosti, te indicirati da su upalni odgovor i aktivacija citokina uključeni u te procese.

1.1.1.4. Kronobiološke teorije

Ove se teorije zasnivaju na uočenim promjenama biološkog ritma, koje depresivni bolesnici iskazuju u usporedbi s nedepresivnim osobama. Poremećena regulacija sna i dnevni umor dio

su kriterija za dijagnosticiranje depresivnog poremećaja (MKB-10), stoga upravo kod depresivnih bolesnika nalazimo smetnje cirkadijurnog ritma kao i diurnalne varijacije depresivnih simptoma (raspoloženja, psihomotorne aktivnosti). U depresivnom poremećaju ciklus spavanje/budnost može biti pomaknut unaprijed („model faze unaprijed“) ili pomaknut unazad („model zakašnjenja“). Ne temelju nekih istraživanja pretpostavljeno je da pojedini depresivni bolesnici imaju autonomni ritam kraći od onog dvadeset četverosatnog te da je modulacija tog ritma u hipotalamusu neprimjereno ubrzana u odnosu na cirkadijane ritmove drugih bioloških varijabli (tjelesna temperatura, ritam hormonalnih sekrecija, REM faza spavanja). Isto tako, manipulacijom ciklusa spavanje/budnost javljaju se specifične promjene u raspoloženju i kod zdravih pojedinaca (9,55,56).

1.1.1.5. Psihološke teorije

Psihološke teorije depresije obuhvaćaju različite pravce, a najznačajniji se odnose na psihoanalitički, kognitivni i bihevioralni pristup.

Analitičke teorije objašnjavaju depresiju fiksacijom na oralnu fazu. Dva su mehanizma kojima oralna fiksacija dovodi do depresivnog afekta. Prvi je da ta fiksacija izaziva simbiotsku povezanost s objektom (autoritetom) i ambivalentni odnos prema njemu (istodobno ga se voli i mrzi). Drugi se mehanizam očituje u tome da osoba s oralnim crtama ličnosti reagira na stvaran ili simboličan gubitak objekta, odnosno preusmjerava agresivne impulse s objekta na samu sebe, što kao posljedicu ima pretvaranje tih impulsa u depresivni simptom (57). Taj mehanizam uključuje introjekciju objekta, identifikaciju s njime te tugovanje koje za rezultat ima slabljenje veza nastalih introjekcijom. U depresivnih je bolesnika proces tugovanja trajan, a bijes se usmjeruje prema njima samima, što može dovesti do pojave suicidalnih pulzija (58).

Kognitivne se teorije temelje na više hipoteza od kojih su Beckova i Seligmanova najvažnije. Beck smatra da se depresivne misli, afekti i ponašanje mogu pojaviti zbog pogrešnog mišljenja i procesuiranja informacija, pa objašnjava depresiju pomoću tri razine kognitivne aktivnosti: negativnu kognitivnu shemu, kognitivna iskrivljenja i negativnu trijadu (59). Negativna trijada i kognitivna iskrivljenja prisutna su u svim depresivnim stanjima dok negativna kognitivna shema obilježava endogene depresije (60). Pod utjecajem negativnih životnih događaja (zlostavljanje, gubitak roditelja) osoba stječe negativna vjerovanja koja oblikuju negativnu kognitivnu shemu. S ovom su shemom dvostruko povezana kognitivna iskrivljenja. To znači da negativna shema, osim što ih istodobno stvara i produbljuje, i nastaje

zbog kognitivnih iskrivljenja. Neka najčešća kognitivna iskrivljenja u depresiji uključuju pretjerano uopćavanje (osoba na temelju jednog događaja brzo donosi opće zaključke), selektivno apstrahiranje (od više elemenata neke situacije izdvaja se samo jedan i na njemu se temelji zaključivanje), umanjivanje ili uvećavanje (zaključci se donose zanemarivanjem ili pretjeranim pridavanjem značaja nekim činjenicama), neuspješnost (osoba vjeruje da nije sposobna učiniti išta uspješno) i razmišljanje tipa „sve ili ništa“ (svi događaji, ljudi i situacije sagledavaju se kao ugodni ili zastrašujući, dobri ili loši),. Negativna shema i kognitivna iskrivljenja omogućuju nastanak negativne trijade. Negativnu trijadu čine negativni stavovi o sebi, budućnosti i svijetu (61). Beckova kognitivna hipoteza je dokaziva i provjerljiva, iako postoje i istraživanja koja neke elemente Beckove teorije dovode u pitanje (62). Utvrđeno je da depresivni bolesnici vjerojatnost uspjeha procjenjuju točnije od zdravih osoba koje pak precjenjuju mogućnost uspješnog ishoda. Depresivne osobe, iako trajno pesimistične, nemaju uvijek negativna razmišljanja i kognitivna iskrivljenja, nego su ona prisutna samo tijekom depresivne epizode (63).

M. Seligman uvodi koncept naučene bespomoćnosti, iz kojeg nastaju atribucijska teorija i teorija beznađa. Teorija naučene bespomoćnosti propagira da izloženost neugodnim situacijama, na koje se ne može utjecati, dovodi do osjećaja bespomoćnosti. U tim situacijama osoba učenjem usvaja osjećaj bespomoćnosti koji ometa funkcioniranje i uzrokuje depresivnost. Ovaj je koncept prvotno opisan na animalnom modelu, a potom u ljudi (64-66). Prethodna je teorija proširena u atribucijsku teoriju naučene bespomoćnosti. Potonja teorija zagovara da kada osoba u određenoj situaciji doživi neuspjeh, ista ga pokušava pripisati (atribuirati) nekom uzorku (67). Ti su uzroci globalni ili specifični, unutrašnji ili vanjski, postojani ili nepostojani. Smatra se da će način na koji osoba objašnjava svoj neuspjeh odrediti posljedice toga neuspjeha, koje onda mogu dovesti do depresije. Teorija beznađa objašnjava pojavu depresije stanjem beznađa (68). Nadovezuje se na koncept bespomoćnosti, a pretpostavlja da je beznađe ključno za nastanak depresije. Beznađe je osjećaj da se pozitivni i željeni ishod neće dogoditi.

Bihevioralnim se teorijama depresije iznosi stav da oboljeli od depresivnog poremećaja imaju manjak socijalnih vještina i nisku razinu interpersonalnih odnosa u kojima ne nalaze zadovoljstvo te ih smatraju nepotrebnima i nepodupirućima (69). Svojim averzivnim ponašanjem dovode do odbijanja drugih ljudi, a to izaziva osamljivanje bolesnika i pogoršanje depresije. Općenito, depresivne bolesnike obilježava manjak motivacije i incijative te manjak vještina u socijalnim interakcijama u odnosu na nedepresivne osobe (70).

1.1.1.6. Psihosocijalne teorije

Iako se depresivni poremećaj može razviti neovisno o postojanju uzročnih čimbenika, stresni životni događaji i osobni gubitci značajno povećavaju odnosni rizik. Na primjer, gubitak roditelja prije desete godine života značajno povećava rizik od pojave depresivnog poremećaja tijekom života (71). Pretpostavlja se da stresor izaziva prvu epizodu depresije, a ona dovodi do fiziološke osjetljivosti SŽS-a. Naposljetku, izrazita osjetljivost SŽS-a (elektrofiziološka i neurotransmitorska) rezultirat će pojavom depresije i bez stresa. Drugo se objašnjenje odnosi na senzibilizaciju SŽS-a na stres (eng. stress-senzitization), te će pri izlaganju sve manjim stresorima doći do pojave novih depresivnih epizoda (72). Stresni su događaji različiti i individualno uvjetovani. Najuobičajeniji stresni čimbenici su sljedeći: gubitak bliske osobe, gubitak posla, financijske poteškoće i usamljenost. Važno je razlikovati gubitak od traumatskog događaja. Nakon gubitka pojedinac traži potporu drugih, često se prisjeća izgubljene osobe, želi razgovarati o njoj, usredotočen je na izgubljenu osobu. Nakon traumatskih događaja reakcija je usmjerena na mjesto te dolazi do poricanja osjećaja, povlačenja od ljudi i izbjegavanje svega što podsjeća na događaj. Traumatski događaju mogu dovesti do javljanja različitih simptoma dok gubitci izazivaju reakciju tugovanja. Negativni su životni događaji vrlo česti unutar šest mjeseci prije pojave depresije. No, koncept stresnih događaja i depresije nije jedinstven, što znači da se nakon stresogenog događaja ne razvija depresija. S druga strane, ona se može pojaviti u pojedinca koji nije neposredno proživio stresni događaj (73-76).

1.1.1.7. Interaktivne teorije

Ineraktivni model depresije su 2003. godine ponudili Durand i Barlow. Taj je model sastavljen od nekoliko ključnih aspekata: biološka i genetska vulnerabilnost, psihološka vulnerabilnost (stidljivost, potreba za uvjeravanjem, izbjegavanje suočavanja s problemom), stresni životni događaji (stres senzibilizacija), jedinstven odgovor na stres (uvjetovan promjenama u moždanim strukturama i neurokemijskim interakcijama), kognitivni čimbenici (negativna kognitivna shema, kognitivna iskrivljenja), međuljudski odnosi i socijalni zahtjevi (socijalna potpora i pozitivni međuodnosi umanjuju stres). Osoba s odnosnim genetskim predispozicijama je od ranog djetinjstva izložena negativnim životnim događajima (zlostavljanje, gubitak bliskih osoba) i s vremenom razvija stidljivost kao važno obilježje svoje osobnosti, nakon čega slijed formiranje negativnih životnih stavova i socijalnog

povlačenja, čime se potvrđuje i utvrđuje vlastiti osjećaj osamljenosti i konačno razvija depresivni poremećaj (77).

1.1.1.8. Genetske teorije

Genetski čimbenici imaju važnu ulogu u razvoju depresije. Rezultati blizanačkih studija pokazuju da depresivni poremećaj ima konkordanciju od 40-50%. Najbliži srodnici oboljelog od depresije imaju 3 puta veći rizik od razvoja depresivnog poremećaja (78). Studije na usvojenoj djeci s kasnije razvijenom depresijom otkrivaju da se u njihovih bioloških roditelja češće javlja depresivni poremećaj nego u njihovih adoptivnih roditelja. S druge strane, ta su djeca imala depresivni poremećaj češće nego članovi njihove posvojiteljske obitelji (79). Depresija je uz shizofreniju najsloženija genska bolest. Prenosi se poligenski, a do danas nisu otkriveni geni odgovorni za njezin razvoj. Značajnu ulogu u razvoju ove bolesti igraju polimorfizmi gena uključenih u mehanizam serotonina i dopamina (80,81). U etiologiji depresije naslijeđu se pripisuje 30% dok se ostali dio može pripisati drugim čimbenicima (82).

1.1.2. Epidemiologija

Depresivni poremećaj češći je ne samo od poremećaja raspoloženja nego i od svih poremećaja općenito. Incidencija depresije stalno raste od 1915. godine. Cjeloživotna prevalencija depresije se u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) kreće od 5% do 17% (83). Depresija se javlja neovisno o životnoj dobi, a najčešća je između adolescencije i 45. godine života, s tim da je prosječna dob javljanja 27 godina (84). Spolnih razlika u pojavi depresivnog poremećaja do puberteta nema, a nakon njega se ovaj poremećaj češće javlja u žena nego u muškaraca. Rizik za oboljenje od depresije za žene je od 10 do 25%, a za muškarce od 5 do 12% (85,86). Češće pojava ove bolesti u žena (za 2 do 2,5 puta) ne ovisi o kulturološkim i etničkim razlikama (85). Postoji više različitih objašnjenja zašto je depresija češća u žena, a ona uključuju biološka, psihološka i socijalna tumačenja. Oscilacije spolnih hormona i poremećaji funkcije štitnjače, koji su češće u žena, sadrže poveznicu s pojavom depresije. Žene su u odnosu na muškarce sklonije svojevrsnom obrascu bespomoćnosti povezanom s pojavom depresivnosti. Muškarci, naime, izlaz iz depresivnosti pronalaze u različitim aktivnostima dok su žene sklone pasivnom pristupu i razmišljanju o svojoj situaciji, što izaziva depresiju ili produbljuje postojeću. Dio odgovornosti za ovakav model ponašanja vezan je za učenje spolnih uloga u djetinjstvu. Kod dječaka se potiču aktivnosti i suočavanje s problemom, a djevojčice se uči razmišljati o vlastitim osjećajima i njihovim uzrocima (71). Etničke i zemljopisne razlike igraju bitnu ulogu u učestalosti. Tako, npr., prevalencija u

Tajvanu iznosi 1,5% , a u Gani i Nigeriji više od 20%. Zamijećeno je da postoji veza između pojave depresije i socioekonomskih uvjeta, ali je također uočeno da se depresija češće javlja u seoskim nego u gradskim područjima (87). U tjelesnih je bolesnika incidencija depresivnog poremećaja još i veća te se kreće u rasponu od 30 do 50%. Važno je naglasiti da je najozbiljnija komplikacija depresivnog poremećaja samoubojstvo (9).

1.1.3. Klinička slika depresivnog poremećaja

Tijekom depresivnog poremećaja/epizode narušeno je, a ponekad čak i potpuno onemogućeno uobičajeno funkcioniranje bolesnika. Bolesnik je tijekom dana obično umoran i bezvoljan, nezainteresiran za aktivnosti koje su mu ranije činile zadovoljstvo. Često je prisutna i visoka razina uznemirenosti i tjeskobe popraćena poteškoćama regulacije sna (ili ne može zaspati ili se vrlo rano budi). Depresivne misli oboljelog usmjerene su na doživljaj vlastite bezvrijednosti i krivnje. Javljaju se i smetnje na kognitivnom planu (smetnje koncentracije i pažnje). Strah u depresiji može imati opći karakter, ali se često manifestira kao pretjerana zaokupljenost i zabrinutost za vlastito zdravlje. Mijenja se i razina psihomotorne aktivnosti u smislu psihomotorne inhibiranosti (usporeni tjelesni pokreti, nedostatna facijalna ekspresija, duga latencija tijekom govora) koja u nekim krajnjim okolnostima može doseći dimenziju mutizma i/ili katatonije. U depresivnom su poremećaju često prisutne i suicidalne ideje. One mogu imati raspon od prolazni suicidalnih promišljanja do jasnih i detaljnih planova za suicidalni pokušaj. Pretpostavlja se da oko 2/3 depresivnih bolesnika pomišlja na samoubojstvo, iako i kod ozbiljnih suicidalnih ideja bolesniku obično nedostaje energije i motivacije za pokušaj suicida. Ipak, oko 10-15% bolesnika s vremenom izvrši suicid. Razdoblje visokog suicidalnog rizika veže se za početak psihijatrijskog tretmana, odnosno kada se razina energije i motiviranosti poboljša, i prethodi postizanju poboljšanja kognitivnih simptoma (npr. beznađe), što omogućuje suicidalnim bolesnicima da pokušaju izvršiti suicid (4,9,71,88). Dijagnoza depresivnog poremećaja postavlja se sukladno kliničkoj slici depresije (težinu i trajanje simptoma) i odgovarajućim dijagnostičkim smjernicama (MKB-10).

1.1.3.1. Klinički oblici depresivnih epizoda

Kliničke oblike depresije razlikujemo prema skupinama simptoma koji dominiraju kliničkom slikom. Psihotična depresija je klinički oblik depresivne epizode (F32.3 ili F33.3 prema MKB-10) u kojem se javljaju sumanute ideje i/ili poremećaji opažanja (iluzije, halucinacije). U takvom se stanju gubi sposobnost uvida u realitet. Sumanute ideje su u ovom kontekstu uglavnom intimne, odnosno sukladne patološkom, depresivnom raspoloženju (ideje beznađa,

skore propasti, bezvrijednosti). Ponekad se te ideje javljaju u obliku hipohondrijske sumanutosti uz uvjerenje bolesnika da je obolio od teške tjelesne bolesti. Zbog visokog suicidalnog rizika koji nosi sa sobom osobito je opasna prisutnost opažajnih promjena (tipa imperativnih halucinacija).

Agitiranu depresiju obilježavaju: visoko izražena tjeskoba, psihomotorni nemir, nesanica, gubitak apetita, mršavljenje, vegetativna pobuđenost (preznojavanje, lupanje srca, gubitak daha). Bolesnici ne mogu mirovati i ustrašenog su izgleda. Ponekad se tjeskoba može manifestirati snažnim napadima panike popraćenim tjelesnim simptomima koji odaju prestrašenost.

Simptomi atipične depresije uključuju opću slabost, apatiju, anergiju, umor, pretjeranu potrebu za jelom (hiperfagija) uz porast tjelesne težine te izraženu potrebu za snom. Vjeruje se da ovaj oblik bolesti ima drugačiju biološku osnovu od tipične depresije, i to s obzirom da se njezin sezonski karakter pojavljivanja (u jesen i zimu) povezuje s primarnim poremećajem sekrecije melatonina (4,8,10).

Istraživanjima je otkrivena veza između metaboličkog sindroma i depresije. Vogelzangs i suradnici došli su do zaključka da u kasnijoj životnoj dobi promjer struka može biti preteča depresivnog poremećaja. Longitudinalnim studijama također je potvrđeno da prediktor depresije može biti pretilost, odnosno centripetalna pretilost, što upućuje na lošu prehranu, nedostatak aktivnosti (vježbanja) i psiho-biološke promjene (povećana razina kortizola). S druge strane, kod depresivnih osoba s metaboličkim sindromom veća je vjerojatnost postojanja povratnog depresivnog poremećaja. Stoga se depresija s metaboličkim obilježjima može nazvati metaboličkom depresijom, moguće i kroničnim podtipom depresije (89).

Inhibirana depresija je klinički oblik s psihomotornom inhibicijom, odnosno mentalnom i tjelesnom inertnosti koja u krajnjem slučaju može doseći oblik depresivnog stupora. Takav oblik depresije nalikuje demenciji, pa se naziva i pseudodemencijom. Dijagnoza ovoga oblika depresije osobito je otežana u starijih osoba (9).

Postpartalna depresija predstavlja čest i ozbiljan javno-zdravstveni problem. Procjenjuje se da oko 85% žena razvije smetnje raspoloženja u postpartalnom razdoblju. Kod većine žena simptomi su blagi i prolazni (eng. „postpartum blues“; postpartalna tuga), no kod 10 do 15% žena pojavljuje se trajniji i teži oblik depresije čiji su simptomi vezani za postpartalno razdoblje, ali počinju nešto kasnije nego je to očekivano. Od 0,1 do 0,2 % žena oboli od

postpartalne psihoze (90,91). Simptomi postpartalne tuge obuhvaćaju promjenjivo raspoloženje, iritabilnost, tjeskobu i plačljivost, a najjače su izraženi 4. ili 5. dana poslije poroda i traju nekoliko dana da bi u većini slučajeva nakon 2 tjedna došlo do spontane remisije. Ovi simptomi ne onemogućavaju majku da skrbi za novorođenče (92). Dijagnoza postpartalne depresije obično se postavlja kod žena u kojih su duže od 2 tjedan prisutni teži simptomi poremećaja raspoloženja, odnosno simptomi depresivnog poremećaja, popraćeni nemogućnošću primjerenog skrbljenja za dijete uz postojanje rizika da majka naudi sebi ili djetetu. Prepoznavanju ove vrste depresivnog poremećaja često se posvećuje nedovoljno pozornosti, a njegovi dugotrajni učinci mogu utjecati kako na zdravlje majke tako i na razvoj i ponašanje djeteta (93,94).

1.1.4. Prognoza depresivnog poremećaja

Kod većine pacijenata depresivni poremećaj (povratni depresivni poremećaj) je kronična bolest praćena relapsima. Kod 25% pacijenata relaps se događa unutar 6 mjeseci od oporavka, 58% pacijenata će doživjeti relaps bolesti unutar prvih 5 godina, a 85% oboljelih će ponovno osjetiti simptome bolesti unutar 15 godina od prvotno postignutog oporavka. S većim brojem relapsa bolesti povećava se i rizik od pojave novih depresivnih epizoda. S napredovanjem bolesti vremensko razdoblje između epizoda se skraćuje, a svaka nova depresivna epizoda je teža od one prethodne. U razdoblju od 20 godina depresivne epizode se u prosjeku pojave 5 do 6 puta. Oko dvije trećine depresivnih pacijenata će se potpuno oporaviti nakon depresivne epizode dok će jedna trećina postići djelomični oporavak (parcijalna remisija) ili će razviti kronični tijek bolesti. Prognostički indikatori sporijeg oporavka su sljedeći: teška depresivna epizoda, dugotrajnost depresivne epizode (> 6 mjeseci), postojanje komorbiditeta, prisutnost simptoma psihotične razine, rana dob početka depresije, tri ili više prethodnih hospitalizacija, nedostatna socijalna potpora, narušena razina sveukupnog funkcioniranje zadnjih 5 godina prije početka bolesti. Općenito, depresivni bolesnici imaju dva puta veći mortalitet u usporedbi s općom populacijom. Rizik od smrti uslijed izvršenog suicida je kod oboljelih od depresije 26 puta veći nego u općoj populaciji (88).

1.2. Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je ponavljajući poremećaj raspoloženja (bar dvije epizode) u kojemu se izmjenjuju depresivne i manične ili hipomanične epizode s povremenim

asimptomatskim razdobljima između njih. Manične epizode obično počinju naglo i traju između dva tjedna i 4 do 5 mjeseci (prosječno trajanje 4 mjeseca). Depresivne epizode su dugotrajnije (prosječna duljina trajanja oko 6 mjeseci), iako malokad traju dulje od jedne godine, osim u starijih bolesnika. Obje vrste epizoda obično slijede stresne životne događaje ili traume, premda prisutnost takvih stresnih čimbenika nije nužna za dijagnozu. Za ovaj je poremećaj karakteristično da je oporavak između epizoda obično potpun (8). Bolest se kod 46-65% oboljelih javlja prije 19. godine života. Rani nastup poremećaja veže na sebe lošu prognozu tijeka i ishoda bolesti te je povezan s visokom stopom psihijatrijskog (ADHD, anksiozni poremećaj, poremećaj ličnosti, ovisnost o alkoholu) i tjelesnog (metabolički sindrom, endokrini poremećaji, kardiovaskularni poremećaji) komorbiditeta. Zbog toga je u suvremenom dijagnosticiranju naglasak stavljen na prepoznavanje prodroma bolesti i što raniji početak liječenja (9). Prema MKB-10 podvrste bipolarnog afektivnog poremećaja su: BAP – sadašnja epizoda hipomanična (F31.0); BAP – sadašnja epizoda manična bez psihotičnih simptoma (F31.1); BAP – sadašnja epizoda manična sa psihotičnim simptomima (F31.2); BAP – sadašnja epizoda depresivna blaga ili umjerena (F31.3); BAP – sadašnja epizoda depresivna teška bez psihotičnih simptoma (F31.4); BAP – sadašnja epizoda depresivna teška sa psihotičnim simptomima (F31.5); BAP – sadašnja epizoda mješovita (F31.6); BAP – u remisiji (F31.7); drugi bipolarni afektivni poremećaji (F31.8) i BAP – neodređen (F31.9).

1.2.1. Etiologija i patofiziologija bipolarnog afektivnog poremećaja

1.2.1.1. Genetski uzroci

U bipolarnom afektivnom poremećaju naslijeđe ima značajnu ulogu, izraženiju nego u depresivnom poremećaju. Rizik obolijevanja od bipolarnog poremećaja unutar obitelji (u prvoj liniji krvnog srodstva) je deset puta veća nego u općoj populaciji. Rođaci oboljelog od BAP-a 8 do 18 puta češće obolijevaju od ove bolesti i 2 do 10 puta češće od depresije nego rođaci osoba koje ne boluju od BAP-a (4). Ukoliko jedan blizanac boluje od bipolarnog poremećaja, onaj drugi će vjerojatno također razviti ovu bolest. Razina nasljedne podudarnosti kod monozigotnih blizanaca za BAP je 40 do 70% dok je kod heterozigotnih blizanaca ona 10 do 20 %. U posljednjih 20 godina provedena su brojna genetska istraživanja s ciljem pronalaska kromosomske regije i potencijalnih gena (eng. candidate genes) koji bi mogli biti povezani s razvojem bipolarnog poremećaja. Značajni broj gena može se povezati s pojavom bipolarnog poremećaja, i to osobito unutar obitelji oboljelih, no do danas nije

pronađen jedan gen ili genski lokus koji bi bio jednoznačno povezan s razvojem BAP-a. Novija istraživanja o povezanosti specifičnih gena s neurotransmitorskom funkcijom serotonina (SLC 6A4 i TPH2), dopamina (DRD IV i SLC 683), glutamata (DAOA i DTNBP1) kao i gena koji moduliraju staničnu fiziologiju (BDNF, DISC 1, NRG 1) čine podlogu za patofiziologiju BAP-a (95). Od posebne je važnosti i potencijalna uloga mitohondrija u regulaciji unutarstaničnog kalcija i sinaptičke plastičnosti. Dio genetskih istraživanja ukazao je na moguću mitohondrijalnu disfunkciju u bipolarnom poremećaju, čime dolazi do promjena u metabolizmu neurona i razini unutarstaničnog kalcija, što onda utječe na gensku transkripciju, osobito aktivnost BDNF (eng. brain derived neurotrophic factor), čime se mijenja cjelokupna neuralna aktivnost koja u konačnici može biti uključena u razvoj poremećaja raspoloženja (96).

1.2.1.2. Neurobiološki uzroci

Kao i u depresivnom poremećaju, u razvoju bipolarnog poremećaja odnosno bipolarne depresije određenu ulogu igra i monoaminski neurotransmiterski sustav. Neurotransmiter koji se najčešće povezuje s razvojem bipolarne depresije je serotonin. Istraživanja serotoninskih neurotransmitorskih putova i metabolizma potvrdila su njegovu središnju ulogu u razvoju depresije. U nekim su istraživanjima depresivnog poremećaja depresivni simptomi bili izazvani neurokemijskim putem, ograničavajući dostupnost triptofana iz kojega se sintetizira serotonin. Međutim, u sličnim istraživanjima utjecaja deplecije triptofana i bipolarne depresije nije nađena snažna povezanost. Ovakva slaba povezanost služi kao dokaz o često nedostatnom odgovoru bipolarne depresije na liječenje antidepresivima u usporedbi s učinkovitosti istog liječenja kod depresivnog poremećaja (97). Osim monoaminskog sustava značajnu ulogu u patofiziologiji bipolarnog poremećaja imaju i GABA i glutamati. Istraživanja o GABA i glutamatnoj neurotransmisiji su rijetka, no pokazala su da kod oboljelih od bipolarne depresije postoji povećana pohrana GABA u neurone dok je kod maničnih pacijenata ista smanjena. Pohrana glutamata u neurone povećana je u maničnoj fazi poremećaja. Suprotni odnosi pohrane GABA i glutamata u korelaciji su s težinom kliničke slike depresivne i manične epizode, procijenjenom standardiziranim ljestvicama (98).

1.2.1.3. Molekularni i stanični uzroci

Kaskada fosfaditidil-inozitol temelji se na G-proteinskom signaliziranju, koje je dio opsežnih istraživanja o bipolarnom poremećaju. Ovdje je važno spomenuti ulogu litija, stabilizatora raspoloženja s primjenom u liječenju bipolarnog poremećaja, koji ima utjecaj na cijeli niz

staničnih mehanizama. Litij direktno inhibira enzime inozitol-monofosfatazu (IMPaza) i inozitol polifosfatazu 1-fosfatazu (IPPaza) te time smanjuje dostupnost mioinozitola. To dovodi do deplecije inozitola, a posljedično i do deplecije fosfatidil-inozitola, što onda izaziva poremećaj u singnalnom putu drugog glasnika. Dodatna su se istraživanja usmjerila na silazne komponente u staničnoj signalizaciji poput protein-kinaze-C (PKC). Zanimljivo je da valproat, također stabilizator raspoloženja, inhibira signalni put PKC dok sredstva koja induciraju maničnu epizodu imaju suprotan utjecaj. Enzim glikogen-sintaza-kinaza 3 (GSK 3) uključen je u regulaciju sinaptičke plastičnosti. Istraženo je da primjena litija izaziva inhibiciju GSK 3, te se smatra da time zapravo pojačava neuronski rast, modificira sinaptogenezu i stimulira neurogenezu u hipokampusu. Međutim, u terapijskim dozama litij ima tek sekundaran i nedovoljno razjašnjen utjecaj na ovaj model enzimske inhibicije i njezine posljedice. Dugoročna primjena litija u bipolarnom poremećaju može inducirati aktivaciju neuroprotektivnih i neurotrofičkih faktora, ponajviše BDNF i Bcl-2. Bcl-2 je neuroprotektivni protein s funkcijom stimulacije neuronske regeneracije dok je BDNF povezan s hipokampalnom neurogenezom u odrasloj dobi, regulacijom raspoloženja i odgovora na liječenje antidepresivima. Novija su istraživanja potvrdila neuroprotektivni utjecaj litija i na druge psihijatrijske poremećaje kao i da dugotrajna uporaba litija u liječenju bipolarnog poremećaja povećava volumen sive tvari te da može izazvati pojačano stvaranje enzima N-acetil-aspartaze (NAA), koji predstavlja biomarker neuronske viabilnosti. Suvremena su istraživanja pružila određeni uvid u staničnu patofiziologiju bipolarnog poremećaja i utjecaj mehanizama stabilizatora raspoloženja (litij i valproat). Međutim, ovaj molekularno-stanični model bipolarnog poremećaja ne objašnjava u potpunosti patofiziologiju bolesti (99).

1.2.1.4. Neuroendokrini uzroci

Neuroendokrine promjene dugi se niz godina pronalaze i potvrđuju u poremećajima raspoloženja. Jedno od zanimljivih opažanja u ovom kontekstu odnosi se na povišene razine kortizola kod pacijenata s bipolarnim poremećajem kako u teškoj depresivnoj tako i u maničnoj epizodi. Ipak, s oporavkom bolesnika razine kortizola se normaliziraju te se pretpostavlja da je promjena u neuroendokrinom sustavu povezana s početkom ili manifestacijom poremećaja. Ova su saznanja potvrđena i manipulacijama HHA osi pomoću deksametazona. Primjena deksametazona obično dovodi do smanjenja lučenja kortizola. Inače, nemogućnost supresije lučenja kortizola smatra se patološkim nalazom. Hiperkortizolemija je potvrđena u teškoj depresivnoj epizodi i u eutimičnom stanju osoba oboljelih od bipolarnog poremećaja. Iako su poremećaji u HHA osi povezani s depresivnim poremećajem, kod

bipolarnog poremećaja ne nalazimo jasnih poveznica s mogućom disfunkcijom HHA. Osim kortizola drugi važan hormon s utjecajem na raspoloženje je tiroksin. Manjak tiroksina (hipotireoidizam) može imitirati simptome depresivne epizode dok povećana razina tog hormona (hipertireoidizam) dovodi do emocionalne nestabilnosti, tjeskobe i agitiranosti. Bipolarna se depresija povezuje s pojavom blagog hipotireoidizma te se u nekim slučajevima poboljšanje može postići primjenom tireoidnih hormona. Važno je spomenuti kako kronična uporaba litija može narušiti funkciju štitnjače, a time i razinu hormona štitnjače u krvi te da 10% pacijenata koji dugoročno uzimaju litij razvije hipotireozu. Neuroendokrine promjene u bipolarnom poremećaju su još uvijek nedovoljno poznate, no povezuju utjecaj psihosocijalnih stresora s neurobiologijom bolesti (osobito utjecaj HHA osi u modulaciji odgovora na stres) (100).

1.2.1.5. Okolinski uzroci

Klinički je jasno da različiti okolinski čimbenici utječu na razvoj bipolarnog poremećaja. Istraživanja pokazuju da psihosocijalne okolnosti mogu potpomoći pojavu bolesti na izravan način ili neizravno putem interakcije s genskim čimbenicima. Određeni životni događaji, osobito oni s utjecajem na međuljudske odnose, mogu utjecati na početak i relaps bolesti. Sukladno istraživanjima vjeruje se da je dobar dio oboljelih od bipolarnog poremećaja proživio traumatski događaj ili zlostavljanje u djetinjstvu, što se povezuje s ranijim početkom bolesti i većom vjerojatnošću za komorbiditet. Točni mehanizmi djelovanja okolinskih čimbenika na razvoj poremećaja raspoloženja nisu poznati. Razdoblja povećanog stresa kao i gubitci bliskih osoba značajni su za razvoj i težinu kliničke slike depresivnog poremećaja, ali njihova uloga u bipolarnom poremećaju nije jasna.

Sveobuhvatno obrazloženje neurobiološke podloge za bipolarni poremećaj zasada nije pronađeno. Doduše, brojna istraživanja ističu snažnu genetsku podlogu bolesti te navode da okolinski čimbenici svojim utjecajem na neuroendokrini sustav (HHA os) imaju značajnu ulogu u razvoju bolesti (100).

1.2.2. Epidemiologija bipolarnog afektivnog poremećaja

Životna prevalencija BAP-a iznosi između 0,4 i 1,6%. Oko 1% odraslog stanovništva pati od bipolarnog poremećaja. Posljednjih se godina govori o povećanju prevalencije bipolarnog poremećaja, no takvo povećanje ovisi o različitim čimbenicima, a ne isključivo o povećanju

incidencije same bolesti. U jednom se tumačenju ovog trenda spominje bolja informiranost opće populacije o bipolarnom poremećaju te kvalitetniji probir i dijagnosticiranje od strane medicinskih stručnjaka. Za razliku od depresije, koja je učestalija u žena (omjer žene/muškarci 2:1), bipolarni se poremećaj podjednako pojavljuje u oba spola. Češći je u samaca i razvedenih osoba nego u osoba u braku. Ovo se objašnjava time da bolesni supružnik predstavlja „teret“ za svog partnera, pa BAP često dovodi od okončanja braka. Nezaposlenost može precipitirati razvoj bolesti, ali može biti i njezina posljedica. Dijagnoza BAP-a se najčešće postavlja tijekom kasne adolescencije i rane odrasle dobi s jasnim početkom simptoma u pubertetskoj dobi. Nema razlike u pojavnosti bipolarnog poremećaja s obzirom na etničku pripadnost (10,100).

1.2.3. Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja

Izmjena epizoda sniženog i povišenog raspoloženja sa stanjima eutimije („normalno“ raspoloženja) predstavlja glavno obilježje BAP-a. Te su izmjene individualne i variraju ovisno o bolesniku. Maničnim se epizodama utvrđuje postojanje bipolarnog poremećaja, no depresivne su epizode puno češće. Kako bi se poboljšao probir i dijagnosticiranje ovog poremećaja, u svih bi se bolesnika s depresivnim simptomima trebalo ispitati jesu li ranije bili prisutni hipomani ili manični simptomi.

Manična epizoda (F31.1, F 31.2) u BAP-u dijagnosticira se relativno jednostavno i obilježena je euforičnim raspoloženjem, sveopćom ekscitacijom, smanjenom potrebom za snom, povećanom razinom energije, smanjenom pažnjom i ubrzanim tijekom misli. Isto tako, manični bolesnici mogu biti iritablilni, svadljivi i uvredljivi. Često su skloni konzumiranju alkohola te mogu biti vrlo konfliktni i nasilni. Za njih je također tipično da se upuštaju u rizična ponašanja (pretjerano trošenje, neprimjereno seksualno ponašanje). Nadalje, kod njih mogu biti prisutni i psihotični simptomi, pa vjeruju da su posebni, svemoćni i slavni. Trajanje manične epizode je minimalno 1 tjedan prema MKB-10 dijagnostičkim kriterijima.

Hipomanična epizoda (F31.0) obično traje kraće, nekoliko dana, te se tijekom nje pojavljuju samo neki simptomi inače karakteristični za maničnu epizodu. Sveukupno ponašanje je izmijenjeno, no simptomi ne dovode do značajnog oštećenja funkcioniranja na profesionalnom, socijalnom ili obiteljskom planu. U hipomanoj se epizodi ne pojavljuju smetnje opažanja (deluzije i halucinacije).

Miješana epizoda (F31.6) obilježena je brzim izmjenjivanjem maničnih, hipomaničnih i depresivnih simptoma ili prevladavajućim iritabilnim raspoloženjem. Svi spomenuti simptomi mogu jako varirati u pogledu intenziteta, pojavnosti i trajanja.

Depresivna epizoda (F31.3, F31.4, F31.5) u BAP-u odaje kliničku sliku sličnu onoj u depresivnom poremećaju, s tim da se ista javlja nešto ranije i često počinje već u adolescentnoj dobi. Češće je popraćena simptomima atipične depresije (hipersomnija, hiperfagija, psihomotorna usporenost), a obiteljska je anamneza obično opterećena pozitivnim hereditetom za bipolarni afektivni poremećaj (4, 8-10,100).

1.2.4. Prognoza bipolarnog afektivnog poremećaja

Nakon epizoda manije i depresije kao i miješane epizode velika većina oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja ne postigne zadovoljavajući funkcionalni oporavak. Recentna istraživanja pokazuju da je bipolarni poremećaj iznimno varijabilan i ima kronični tijek. Značajan broj pacijenata prolazi kroz miješane epizode i razdoblja sa smetnjama u raspoloženju tijekom kojih je teško odrediti pojedinačnu epizodu bolesti. Brzo-izmjenjujuće epizode BAP-a (manične i depresivne epizode) predstavljaju nestabilni oblik bolesti, ometaju funkcioniranje pojedinca i zahtjevne su za liječenje. Oko dvije-trećine pacijenata se obično oporavi unutar 6 mjeseci nakon depresivne ili manične epizode, ali u 5% pacijenata ne dolazi do oporavka ni unutar 5 godina. Kod jedne trećine pacijenata prisutni su kronični subsindromalni simptomi koji značajno ometaju cjelokupno funkcioniranje pojedinca te se takvi pacijenti kontinuirano osjećaju loše. Od prediktora lošeg ishoda bolesti valja napomenuti poremećaje ličnosti, zlouporabu sredstava ovisnosti, dominirajuće depresivne simptome, nedostatan oporavak između epizoda bolesti i slabu terapijsku suradljivost. Samoubojstvo također predstavlja čimbenik rizika kod oboljelih od BAP-a, osobito tijekom depresivnih ili miješanih epizoda. Suicidalni rizik kod oboljelih od bipolarnog poremećaja je 30 puta veći nego u općoj populaciji, a 25 do 50% njih će pokušati suicid dok će ih 15% uspjeti u toj nakani. Time se ponovno naglašava potreba za pravodobnim probirom i dijagnosticiranjem ovog poremećaja (71,100).

1.3. Suicidalnost

Suicidalnost obuhvaća različita ponašanja kojima je zajedničko ugrožavanje vlastita života s ciljem da se počini samoubojstvo (suicid). Suicidalnost karakterizira smanjen nagon za

samoodržanjem koji se očituje u rizičnom ponašanju, razmišljanjima o samoubojstvu i izvršenju samoubojstva. Suicidalno ponašanje predstavlja fenomen prisutan u svakom prostoru, vremenu, spolu i dobi. Isto tako, suicidalnost je i dio autoagresivnog ponašanja. Autoagresivno ponašanje se dijeli na suicidalne, nesuicidalne i potencijalno suicidalne odnosno neodređene događaje (101). Suicidalni događaji obuhvaćaju počinjen suicid, pokušaj suicida, pripremne aktivnosti za suicid ili prekinuti pokušaj suicida te suicidalne misli. U nesuicidalne događaje ubrajamo samoozljeđivanje bez suicidalne želje te slučajno samoozljeđivanje. Potencijalno suicidalni događaji jesu samoozljeđivanje pri kojem je nepoznata suicidalna želja i sumnjivo samoozljeđujuće ponašanje (10). Presuicidalni sindrom je posebno psihičko stanje, nevezano za psihijatrijski poremećaj, koje dovodi do visokog suicidalnog rizika. Obilježavaju ga manja aktivnost i motiviranost te autoagresivnost i nemogućnost razrješenja agresivnih pulzija prema drugima uz sve češća i konkretnija suicidalna razmišljanja (102). Parasuicidalno se ponašanje pak manifestira kao samoozljeđivanje bez namjere počinjenja samoubojstva, pri čemu teatralni ili demonstrativni pokušaj suicida nije praćen željom da se ubije nego da se pošalje poruka okolini. I takvi pokušaji mogu završiti fatalno, pa ih uvijek treba shvatiti ozbiljno i pratiti.

1.3.1. Epidemiologija suicidalnosti

Prema podacima iz SZO pretpostavlja se da godišnje u svijetu između 800 000 i milijun ljudi počini samoubojstvo, odnosno u svijetu se svakih 40 sekundi dogodi jedno samoubojstvo. Na svaki izvršeni suicid dolazi još veći broj pokušaja suicida, a prethodni pokušaj suicida smatra se jedinim važnim rizičnim čimbenikom za suicid u općoj populaciji. Stopa suicida, izražena brojem počinjenih samoubojstava na 100 000 stanovnika u jednog godini, iznosi na svjetskoj 11.4 (15.0 za muškarce; 8.0 za žene) i jako se razlikuje od zemlje do zemlje. S obzirom na dobne skupine stope suicida najniže su u osoba starosti do 15 godina, a najviše u starijim dobnim skupinama (iznad 70. godine života), bez razlika između žena i muškaraca. Svjetska zdravstvena organizacija objavila je podatak da je na globalnoj razini u 2012. godini 1,4% smrti proizašlo iz suicida, odnosno da je suicid bio 15. uzrok smrtnosti u svijetu. U dobnoj skupini između 15. i 29. godine života suicid je drugi vodeći uzrok smrtnosti (8,5%), odmah nakon prometnih nesreća. Unatoč povećanju svjetskog stanovništva, u razdoblju od 2000. do 2012. godine dolazi do pada smrtnosti od posljedica suicida za oko 9% (sa 883 000 na 804 000 suicida godišnje), uz napomenu da mortalitet izrazito varira od zemlje do zemlje. Azija, Australija i dio Europe imaju dvostruko veću stopu suicida nego zemlje Srednje i Južne Amerike dok Sjeverna Amerika ima prosječnu stopu između 7 i 13 na 100 000 ljudi (103).

Najveću stopu suicida ima Litva (40), a slijede je Rusija i Bjelorusija (35), Mađarska (27), Slovenija (25), Japan (24), Finska i Estonija (20), Francuska (18), Austrija (17), Njemačka, Švedska i Bugarska (13), SAD (12), Kanada (11), Italija (10), Portugal (6) i Egipat (5). Stopa suicida se može razlikovati između određenih područja unutar neke zemlje. U SAD najveću stopu suicida ima Nevada, a najmanju New Jersey dok u Italiji postoje razlike između sjevera i juga zemlje (104). S udjelom oko 30% izvršena su samoubojstva godinama bila vodeći uzrok smrtnosti od ozljeda u Hrvatskoj. Posljednjih je nekoliko godina došlo do promjena na ljestvici ukupne smrtnosti od ozljeda; taj neslavni primat preuzeli su padovi su dok su izvršena samoubojstva s udjelom od 26,2% u 2010. godini pala na 2. mjesto. Do 1999. godine u Hrvatskoj su se na godišnjoj razini bilježile oscilacije u broju i stopi izvršenih samoubojstava da bi zadnjih šest godina obilježio trend pada suicida. Najmanji broj samoubojstava izvršen je 1995. godine (930, stopa 19,4) te u razdoblju od 2000. do 2010. godine (926 slučajeva, stopa 20,9, 2000. godine; 777 slučajeva, stopa 17,5, 2010. godine). Kako u ženu tako i u muškaraca stope izvršenih samoubojstava značajno rastu s dobi te se u starosnoj skupini od 65 godina i više bilježe najviše stope. U Hrvatskoj se stopa suicida kreće između 19 i 20 (za muškarce 30 na 100 000, a za žene 11 na 100 000). Vješanje predstavlja najčešći način izvršenja suicida u oba spola. U ratnim i poratnim godinama značajno je porastao broj samoubojstava vatrenim oružjem, posebice u muškaraca. Godine 1985. udio samoubojstava izvršenih vatrenim oružjem u ukupnom broju samoubojstava iznosio je 7,2% da bi ta brojka skočila na oko 26% u 1992. i 1995. Posljednjih godina opada broj samoubojstava izvršen na ovaj način (udio 14,9%, 2010. godine). U ovom kontekstu u Hrvatskoj postoje i regionalne razlike. Samoubojstva su češća u sjevernim i zapadnim područjima nego u drugim dijelovima zemlje. Županije priobalnog područja bilježe značajno niže stope izvršenih samoubojstava od pojedinih županija kontinentalnog dijela Hrvatske (105). Prema podacima Ministarstva Unutarnjih poslova Republike Hrvatske (MUP RH), u 2013. godini (ukupno 1326) zabilježen je pad broja samoubojstava i pokušaja samoubojstva od 1,2% u odnosu na 2012. godinu (ukupno 1342). Nasuprot tome, u Osječko-baranjskoj županiji iste godine dolazi do porasta samoubojstava i pokušaja samoubojstva (ukupno 126; dovršenih samoubojstava 52, a pokušaja samoubojstava 74) od 8,6% u odnosu na 2012. godinu (ukupno 116) (106).

Muškarci počine samoubojstvo triput češće od žena. Žene pak 3 do 4 puta češće pokušavaju samoubojstvo. U pogledu načina izvršenja samoubojstva primjetne su spolne razlike. Muškarci u ovom svjetlu najčešće primjenjuju vatreno oružje i vješanje. Žene se obično

predoziraju lijekovima. Veći rizik od samoubojstva prisutan je u starijim dobnim skupinama, dok su pokušaji češći u mlađoj dobi. Postoje i istraživanja koja obrađuju koja su doba dana, tjedna i godine najviše povezana sa pokušajima samoubojstva. U tom smislu se pokazalo da su najkritičnija razdoblja druga polovica noći, kraj vikenda ili početak tjedna (nedjelja, ponedjeljak) i mjesec lipanj. Primijećene su i značajne sezonske varijacije u broju pokušaja i počinjenih suicida. Uočeno je da se najveći broj suicida izvrši u kasno proljeće i rano ljeto. Kod žena je utvrđen i bimodalni vršak učestalosti (svibanj, lipanj i listopad) (107). Što se tiče mjesta izvršenja, suicid se najčešće događa u vlastitom domu, automobilu i na osamljenim mjestima. Zanimljivo je da postoje i „popularna" javna mjesta za izvršenje suicida (npr. most Golden Gate u San Franciscu, Cliffs of Moher u Irskoj i sl.). Utvrđena je i povezanost socioekonomskog statusa sa stopom suicida. Osobe nižega socioekonomskog statusa češće pokušavaju samoubojstvo. Duljina obrazovanja ne utječe na stopu suicida, ali postoje razlike s obzirom na zanimanje. Od akademskih profesija sklonih suicidu izdvajaju se liječnici, psiholozi i odvjetnici. Rastavljene osobe češće „dižu ruku na sebe" od samaca i osoba u braku. Samoubojstvo je učestalija pojava u onih koji su u srodstvu s osobom koja ga je već pokušala počiniti. Ustanovljeno je i da se stopa suicida povećava za vrijeme ekonomske depresije, a smanjuje dok traju ratovi (103). Psihijatrijski poremećaji i suicid višestruko su povezani. Oko 95% suicida počine i/ili pokušaju osobe koje boluju od psihičkog poremećaja. Rizik od suicida u psihijatrijskih je bolesnika 3 do 12 puta veći nego u drugih ljudi. Tu prednjače depresivni poremećaji s 80-postotnim udjelom dok je udjel shizofrenije 10%, a demencije i delirantnih stanja 5%. Pretpostavlja se da je suicidalnost kod depresivnih poremećaja češća u ranom tijeku bolesti nego u kasnijim fazama (4). Samoubojstvo i pokušaji samoubojstva predstavljaju ozbiljan javno-zdravstveni problem koji je moguće ublažiti provedbom strategija za rano prepoznavanje rizičnih čimbenika i intervenciju.

1.3.2. Kratki pregled stavova prema suicidalnosti kroz povijest

U Staroj Grčkoj i Rimu samoubojstvo je, s filozofskog stajališta, bilo ne samo prihvaćeno nego i promatrano kao plemeniti i visokoetični čin povezan sa slobodom vlastitog izbora. U kršćanstvu se postupno mijenjao stav prema samoubojstvu. Od prihvaćanja i veličanja samoubojstva kroz mučeništvo do proglašenja samoubojstva zločinom (4.st.), a potom i grijehom (13. st.). Islam i judaizam također zabranjuju i osuđuju suicid. U 16. st. se vjerovalo da se samoubojstvo najčešće događa u Engleskoj, pa se nazivalo i engleskom bolešću. Jedna od poznatijih razdioba tipova samoubojstava je ona E. Durkheim-a iz 1897. godine. Egoistično samoubojstvo javlja se u otuđenih osoba i u ljudi koji ne mogu ostvariti socijalni

kontakt, a također i u psihijatrijskih i tjelesnih bolesnika. Altruistična samoubojstva pokušavaju osobe koje su čvrsto povezane s nekom grupom i njihov čin tada predstavlja odgovor na zahtjeve grupe i pridonosi postizanju ciljeve te grupe. Anomična su samoubojstva povezana s velikim društvenim i ekonomskim promjenama koje uzrokuju anomiju (pomanjkanje i gubitak društvenih vrijednosti, normi). Osoba gubi dosadašnju poziciju i ulogu, ne uspijeva se prilagoditi novoj, a izlaz iz nastale situacije vidi u samoubojstvu. U nekim zemljama samoubojstvo je prekršaj (pa i kazneno djelo), a poticanje ili pomaganje u izvršenju tog činu većina zakonodavstava tretira kao kazneno djelo. Danas su prisutna i stajališta kako „pravo“ na suicid spada u temeljna ljudska prava. To se pravo ponajviše povezuje s eutanazijom, ali se susreće i u nizu drugih situacija te može biti iskorišteno i u „više“ svrhe. Odobravanje suicida odražava se i u primjeru kada se samoubojstvom postiže politički, vjerski i vojni cilj (bombaši samoubojice, piloti kamikaze, javno samospaljivanje), čemu često svjedočimo u današnje vrijeme. U određenim slučajevima samoubojstvo zbog „viših“ ciljeva može biti i teroristički čin. U Japanu se odobrava (inače zakonom zabranjeno) i ritualno samoubojstvo zbog obrane časti, nazvano seppuku (harakiri). Obično su ga izvodili samuraji kao iskazivanje prosvjeda ili kao reakcija na povredu časti. Događa se i da pojedinac nije politički ili vjerski motiviran, a svojom žrtvom spasi druge. U tom slučaju samoubojstvo nije rezultat poremećenog nagon za samoodržanjem nego altruistični čin (4,10).

1.3.3. Etiologija suicidalnosti

1.3.3.1. Neurobiologija suicidalnosti

Višestruki rizični čimbenici povezani su sa suicidalnim ponašanjem, a konceptualizirani su kao posljedica međudjelovanja individualne dijateze pojedinca za suicidalni čin i okidača (eng. trigger) suicidalnog ponašanja (108). Izraz dijateza odnosi se na sklonost prema suicidalnom ponašanju koje može biti povezano s osobinama ličnosti i ne ovisi o psihijatrijskoj dijagnozi (109). Suprotno tome, okidači su stresogeni čimbenici koji utječu na vrijeme i vjerojatnost pojave suicidalnog čina posredstvom određenih okolnosti. Okidači su vezani za stanje u kojem se pojedinac nalazi. U tom se smislu rizični faktori za suicid mogu podijeliti na skupinu s utjecajem na dijatezu i onu s utjecajem na okidače za suicidalno ponašanje. Ovaj model nastoji objasniti zbog čega neke osobe pod utjecajem stresa počine suicid, a neke ne. Neurobiologiju suicidalnosti moguće je raščlaniti objasnidbenim (eng.

explanatory) modelom suicidalnog ponašanja na kliničke, neurokemijske i neuroendokrine endofenotipe. Endofenotip se definira kao mjerljiva komponenta na putu između bolesti i distalnog genotipa.

Premda mogu sadržavati višestruke komponente, klinički endofenotipi manje su složeni od psihijatrijskih poremećaja (110). Impuzivnost, agresivnost, neuroticizam i beznađe predstavljaju posredne (eng. intermediary) fenotipe koji mogu predisponirati osobu za suicidalno ponašanje. U svakom slučaju, i prisutnost samo jednog od navedenih fenotipa je sama po sebi složena. Impulzivnost se određuje kao karakteristika osobnosti ili kognitivni stil obilježen dezinhibicijom i tendencijom brzog reagiranja na poriv ili podražaj. Valja istaći da je pomoću populacije odraslih psihijatrijskih pacijenata utvrđena veza između impulzivnosti i suicidalnog ponašanja i/ili autodestruktivnog ponašanja. Agresivnost i osobine povezane s ljutnjom/bijesom također su implicirane u dijatezi suicidalnog ponašanja. Impulzivnost se smatra predisponirajućim čimbenikom suicidalnog rizika u pacijenata koji su pokušali suicid, ali nije razjašnjeno povećava li sama impulzivnost (bez agresivne komponente) rizik od suicidalnog pokušaja i/ili od izvršenog suicida (111). Pesimizam je također povezan sa suicidalnim ponašanjem. Prema dosadašnjim spoznajama pacijenti koji su pokušali suicid češće afirmiraju pesimizam kroz veću učestalost suicidalnih ideja, imaju manje razloga za život uslijed opterećenja bolešću i oštećenog socijalnog funkcioniranja, a na ljestvicama za samoprocjenu ocjenjuju težinu depresije i beznađa višom u usporedbi s kliničkim dojmom (112). Kao posredni fenotip neuroticizam je karakteristika osobnosti povezana s negativnim afektom. Rezultati istraživanja u obiteljima otkrivaju da je povišena razina neuroticizma vulnerabilni čimbenik suicidalnog ponašanja. Pacijente sa suicidalnim pokušajem i pozitivnom obiteljskom anamnezom za suicid karakterizira veća vrijednost neuroticizma za razliku od onih bez suicidalnog pokušaja i bez pozitivne obiteljske anamneze (113). Isto tako, beznađe može predstavljati klinički endofenotip udružen sa suicidalnim ponašanjem. Na temelju istraživanja ustanovljeno je da je suicidalno ponašanje jače povezano s beznađem nego sa težinom depresije. Štoviše, kod shizofrenih je pacijenata beznađe određeno kao glavni prediktor suicidalnosti, a glede starije populacije pacijenata s iskustvom suicidalnog ponašanja visoke vrijednosti doživljaja beznađa mogu služiti kao prediktori suicidalnog pokušaja ili izvršenog suicida (114,115).

1.3.3.2. Neurokemijski endofenotip

Uloga serotonina (5-HT) u regulaciji emocionalnih i kognitivnih funkcija pa tako i suicidalnog ponašanja dobro je poznata,. Koncentracija glavnog metabolita serotonina u likvoru, 5-hidroksi-indoloctene kiseline (5-HIAA), odražava funkciju serotonina u SŽS. Istraživanja koja su obuhvatila impulzivne ubojice i piromane te neimpulzivne ubojice i kontrolnu skupinu potkrjepljuju vezu niske razine 5-HIAA u likvoru s impulzivnošću i eksternaliziranom agresijom. Veza impulzivnosti i smanjene serotoninergičke funkcije dovela je do teorije da serotoninergička funkcija predstavlja svojevrsni mehanizam obuzdavanja (eng. restraint mechanism), što znači da smanjena funkcija serotonina dovodi do povećanja impulzivnosti i agresije koja se može očitovati u suicidalnom ponašanju ili agresiji prema samome sebi (109). Impulzivnost se može povezati s povećanom vjerojatnošću za suicidalno ponašanje, no ne i s letalnošću takvog ponašanja. U moždanom korteksu osoba koje su izvršile suicid nalazi se povećan broj postsinaptičkih serotoninskih receptora, 5-HT1A i 5-HT2A. Iako zasada nema jasnog objašnjenja zbog čega dolazi do povećanja broja ovih receptora, moguće je da se radi o kompenzatornom mehanizmu uslijed smanjene serotoninske aktivnosti na neuronima. Opisane receptorske promjene najizraženije su u području prefrontalnog korteksa, a upravo nastala promjena u gustoći receptora zbog smanjene serotoninske aktivnosti u ovoj regiji mozga indicira njezinu važnost i povezanost sa suicidalnim ponašanjem. Osim u povećanju broja 5-HT1A i 5-HT2A receptora ove se promjene očituju i u smanjenju gustoće serotoninskog transportera na terminalnom kraju neurona, čime je dodatno potvrđena smanjena funkcija serotonina u toj regiji mozga. Kako je ventralni prefrontalni korteks uključen u regulaciju izvršnih funkcija (inhibicija), ozljede te regije dovode do dezinhibicije. Upravo smanjena koncentracija serotonina u prefrontalnom korteksu može izazvati oštećenje i inhibicije te dovesti do povećanja sklonosti prema impulzivnim, agresivnim kao i suicidalnim načinima reagiranja (108,109). Do sada je napravljen tek mali broj istraživanja koja povezuju ulogu serotonina s osjećajem beznađa. Skupina autora izvijestila je o negativnoj povezanosti beznađa s vezanjem serotonina na 5-HT2A receptore. Također, viša razina beznađa potvrđena je kod osoba koje su pokušale suicid (116). Jedno istraživanje sugerira da putem 5-HT agonizma, primjenom d-fenfluramina u zdravih ispitanika, može doći do poboljšanja u disfunkcionalnim odnosno negativnim stavovima prema okolini. Iz oskudnih dokaza o povezanosti beznađa i funkcije serotonina slijedi da bi doživljaj beznađa mogao biti povezan sa serotoninergičkom disfunkcijom (117). Izmijenjena funkcija noradrenalinskih neurona također obilježava osobe koje su izvršile

suicid, no rezultati tih istraživanja nisu tako konzistentni kao oni u istraživanju serotonina. U locusu coeruleusu žrtava samoubojstva broj noradrenaliskih neurona je smanjen. Smanjeni broj noradrenalinskih neurona može biti posljedica djelovanja određenih razvojnih čimbenika. Manja je vjerojatnost da je posljedica utjecaja stresa ili nespecifične bolesti. U moždanom deblu žrtava samoubojstva ustanovljene su i snižene razine noradrenalina te povećan broj α2-adrenergičkih autoreceptora. Nadalje, nađene su i povišene razine enzima tirozin-hidroksilaze, ključnog u biosintezi noradrenalina. Aktivnost enzima tirozin-hidroksilaze intenzivnija je u slučaju jačeg lučenja noradrenalina ili kao kompenzatorni mehanizam kod deplecije noradrenalina. Istraživanjem je potvrđena povećana koncentracija noradrenalina u prefrontalnom korteksu i njegovo slabije vezanje za α-adrenergičke receptore, što sugerira prekomjernu noradrenalinsku aktivnost (109). Upravo su visoke koncentracije noradrenalina povezane s agresivnošću dok niže razine noradrenalina mogu biti zaštitni čimbenik u sprječavanju razvoja agresivnog i impulzivnog modela ponašanja nakon pretrpljenog zlostavljanja u djetinjstvu (118). U osoba koje su počinile suicid prekomjerna noradrenalinska aktivnost može biti posljedica manjka noradrenalina u određenim moždanim regijama s manjim skupinama noradrenalinskih neurona. Važno je naglasiti da izloženost stresu dovodi do prekomjerne aktivacije sustava zaduženog za odgovor na stres (koji obuhvaća i noradrenalinsku aktivnost) te da biokemijski dokazi o funkciji noradrenalina u žrtava samoubojstva ne moraju biti dokaz samo impulzivnog i agresivnog ponašanja nego i dokaz izloženosti stresogenim okolnostima prije suicida (119). Smanjena aktivnost dopamina prisutna je i u depresivnom poremećaju, no uloga dopamina u suicidalnom ponašanju još uvijek nije razjašnjena. Iako je u nekoliko istraživanja kod osoba koje su počinile suicid (uz komorbiditet depresivnog poremećaja) potvrđeno slabije vezanje dopamina za D1 i D2 dopaminergičke receptore, takva se smanjena funkcija dopamina ne može povezati isključivo sa suicidalnim ponašanjem budući da određena istraživanja ne otkrivaju razliku u koncentraciji homo-vanilinčne kiseline (metabolita dopamina) između ispitanika sa psihijatrijskim komorbiditetom (osim depresije) i pokušajem suicida i zdravih kontrola (120). Najnovija istraživanja o ulozi dopamina u suicidalnom ponašanju usmjerena su na postojanje neravnoteže dopaminergičkog receptora i ekspresije dopaminskog transportera na dopaminskom neuronu u strijatumu (121).

1.3.3.3. Neuroendokrini endofenotip

Hipofizno-hipotalamička os je neuroendokrini sustav koji regulira odgovor tijela na stres putem složenih interakcija sa serotoninskim, noradrenalinskih i dopaminskim sustavom. Stres

dovodi do pojačanog lučenja kortikoropin oslobađajućeg hormona, što onda dovodi do aktiviranja HHA osi i lučenja adrenokoritkotropnog hormona (ACTH) u hipofizi. Sve to u konačnici dovodi do pojačanog lučenja kortikosteroida u nadbubrežnoj žlijezdi, što se očituje u promjenama u ponašanju (43). Neka istraživanja upućuju na povezanost suicidalnog ponašanja i prekomjerne aktivnosti HHA osi. Prekomjerna aktivnost HHA osi odražava se u nemogućnosti supresije lučenja kortizola nakon deksametazonskog testa i može povećati rizik od suicidalnog ponašanja 14 puta (122). Suicidalno se ponašanje može javiti zajedno s poremećenim fiziološkim odgovorom na stres. Koncept neuroendokrinih endofenotipa pokušava objasniti povezanost HHA osi sa serotonergičkim, noradrenalinskim i dopaminergičkim sustavom i suicidalnim ponašanjem.

HHA os i serotoninergički sustav dvosmjerno su povezani. CRH neuroni u centralnom dijelu amigdale izravno su i neizravno povezani s jezgrama u moždanom deblu, uključujući i n. raphe i locus coeruleus. N. raphe u moždanom deblu figuriraju kao glavni izvor serotonergičkih projekcija na prednji mozak, s tim da svoje projekcije šalju i u druge regije mozga s CRH neuronima koji u uključeni u odgovor na stres. Neki autori na temelju istraživanja navode da je hipokampus idealan anatomski supstrat za pronalaženje povezanosti između HHA osi, serotonergičkog sustava i suicidalnog ponašanja. Prekomjerna aktivnost HHA osi nije samo epifenomen suicidalnog stanja nego može uzrokovati ili pogoršati poremećenu funkciju serotonina, tipičnu za suicidalno ponašanje. Kortikosteroidi, čije je lučenje pojačano kod izloženosti stresu, mogu modulirati serotonergičku neurotransmisiju izravnim utjecajem na serotoninske 5-HT1A receptore, čime se onda može objasniti uzročno-posljedična veza stresa, promjena u raspoloženju i mogućeg suicidalnog ponašanja (123).

Ranije spomenuta veza između izloženosti stresu i povišene koncentracije noradrenalina događa se upravo posredstvom HHA osi i noradrenalinskog sustava, odnosno aktivacijom kortikotropin oslobađajućeg hormona iz hipofize i noradrenalina iz neurona u locusu coeruleusu. Rezultati istraživanja na žrtvama suicida pokazala su da unatoč smanjenoj gustoći noradrenalinskih neurona u locusu coeruleusu (LC) broj α2-adrenergičkih receptora u LC raste zbog smanjene koncentracije noradrenalina i posljedične uzlazne regulacije receptora (eng. up-regulation). Isto tako, u prefrontalnom korteksu žrtava suicida utvrđena je povišena koncentracija noradrenalina i manja gustoća α-adrenergičkih receptora, što upućuje na noradrenalinsku kortikalnu hiperaktivnost koja najvjerojatnije nastaje kao posljedica deplecije noradrenalina u drugim regijama mozga, uključujući LC. Ova bi saznanja mogla biti specifična za osobe koje su izvršile suicid. Prekomjerna noradrenalinska aktivnost očituje se u

povećanoj podražljivosti simpatičkog sustava (agitacija, tjeskoba) kod izloženosti stresu, što se onda može povezati i sa suicidalnim rizikom (108,123).

Uz ranije spomenute monoamine aktivnost dopamina je također povezana s HHA osi. Pretpostavlja se da je medijalni prefrontalni korteks (eng. mPFC) uključen u modulaciju subkoritkalnih neurotransmiterskih putova uključenih u endokrini odogovor na stres. Upravo je dopamin taj koji ima funkciju glavnog neurotransmitera u tom području mozga. Istraživanja temeljena na narušenoj funkciji medijalnog prefrontalnog korteksa (farmakološki inducirana, antagonizmom na dopaminske receptore tip 1 i tip 2) pokazala su suprimiranu aktivaciju HHA osi kod izloženosti stresu, odnosno nedovoljno lučenje kortikotropin oslobađajućeg hormona, ACTH i kortizola. Time je potvrđena važna uloga dopamina u regulaciji odgovora HHA osi na stres. Pretklinička istraživanja nagovještavaju da i akutni i kronični stres mogu imati negativni utjecaj na funkcioniranje dopaminskog sustava te da slabiji stres može povećati metabolizam i lučenje dopamina u prefrontalnom korteksu. U svakom slučaju, za potvrdu ove hipoteze potrebna su daljnja klinička istraživanja (124,125).
Zaključimo, suicidalno ponašanje može se dovesti u vezu s deplecijom noradrenalina i smanjenjem aktivnosti serotonergičkog sustava. Povećanje metabolizma dopamina nakon izlaganja stresu može imati važne patofiziološke posljedice i podići rizik od suicidalnog ponašanja.

1.3.4. Procjena suicidalnog rizika, čimbenici suicidalnog rizika i psihosocijalni stresori

U svrhu procjene suicidalnog rizika kod psihijatrijskih pacijenata na raspolaganju imamo više različitih metoda. Većina njih obuhvaća podjelu dokumentiranih rizičnih čimbenika u različite kategorije. Jedna od uvriježenih shema razlikuje između statičnih i dinamičnih čimbenika suicidalnog rizika. Statični se čimbenici rizika odnose na nepromjenjive varijable dok je dinamične čimbenike moguće izmijeniti. U kategoriju statičnih čimbenika spadaju spol, rasa, dob, prethodni pokušaj suicida, pozitivna anamneza suicida u obitelji, osjećaj beznađa i kronična bol. Statični se čimbenici određuju na temelju stvarnih podataka osoba koje su izvršile suicid. Loša strana statičkih čimbenika je njihova stabilnost. To znači da ukoliko je osoba imala suicidalni pokušaj tijekom svog života, taj će joj rizični čimbenik biti kod svake procjene suicidalnog rizika pozitivan, što podrazumijeva da ta osoba ima veći rizik za suicid od opće populacije. Međutim, tako izražen rizični čimbenik u osnovi ne mora biti koristan kod hitne kliničke procjene. Dinamički ili izmjenjivi čimbenici obuhvaćaju dijagnoze iz

spektra duševnih poremećaja, emocionalna previranja, zlouporabu sredstava ovisnosti i suicidalnost. Promatranjem dinamičkih rizičnih čimbenika kroz prizmu statičkih čimbenika osigurava se preciznija klinička procjena, što onda omogućava planiranje daljnjih intervencija. U ovom kontekstu instrumenti za procjenu mogu biti od koristi, no ni ta metoda nije potpuno pouzdana. Instrumenti za procjenu razvijaju se kombiniranjem različitih poznatih rizičnih čimbenika s ciljem previđanja pokušaja suicida ili objektivnog utvrđivanja stupnja suicidalnog rizika.

Američko Udruženje za Suicidologiju (eng. American Association of Suicidology; AAS) predlaže razdiobu na čimbenike suicidalnog rizika i znakove upozorenja. Naime, čimbenici suicidalnog rizika upućuju na trajan rizik, statičnog su karaktera te je utjecaj bilo kakvih intervencija ograničen. S druge strane, znakovi upozorenja su promjenjivi, temelje se na kliničkoj procjeni i predstavljaju neposrednu prijetnju te najčešće zahtijevaju brzu intervenciju. Treću kategoriju čine psihosocijalni stresori koji se manifestiraju kao promjene u životnim okolnostima pojedinca prije suicidalnog pokušaja (128).

1.3.4.1. Statični čimbenici rizika

Muškarce karakterizira veći suicidalni rizik u odnosu na žene. Prema podacima SZO u gotovo svim europskim zemljama muškarci su skloniji ovoj pojavi. U Sjevernoj Americi taj je omjer čak 4:1 u korist muškaraca.

Statični se čimbenici rizika vežu za problem samoće kod onih koji su izgubili blisku osobu, pretrpjeli rastavu ili koji nikada nisu sklopili bračnu zajednicu. Doduše, ovaj rizični faktor nije jasno potvrđen u svim istraživanjima.

Beznađe u svojstvu kognitivnog funkcioniranja često zna biti indikator suicidalnog rizika, i to pretežno u situacijama kada djeluje zajedno s određenim duševnim poremećajima ili prijašnjim suicidalnim pokušajem. Beznađe sadrži tri važna aspekta koji utječu na emocionalno stanje pojedinca: osjećaji usmjereni k budućnosti, gubitak motivacije i očekivanja. Na verbalnoj se razini osjećaj beznađa često opisuje kroz objašnjenja pojedinca da nešto nikada neće biti bolje ili da ne postoji izlaz iz određene situacije/stanja. Beznađe je počesto praćeno depresijom.

Stanja kronične bolesti i/ili boli predstavljaju jedan od važnijih čimbenika suicidalnog rizika. Suicidalni rizik je 2 do 3 puta veći u osoba koje trpe kroničnu bol u usporedbi s općom

populacijom. Sve bolesti u interakciji s boli, tjelesnim oštećenjem ili nesposobnošću te neurorazvojnim oštećenjima povećavaju suicidalni rizik.

Samoubojstvo člana obitelji ili bliske osobe može imati izrazito negativan utjecaj na život pojedinca. Gubitak bliske osobe djeluje razarajuće na većinu ljudi, no kada se radi o samoubojstvu obično se kod osoba u procesu žalovanja uz osjećaj tuge javljaju i krivnja, sram, ljutnja i tjeskoba. Uobičajena obiteljska dinamika neočekivano se mijenja, a i često su nedostupni uobičajeni mehanizmi potpore, ponajviše zbog stigme koju sa sobom nosi čin samoubojstva, te se ožalošćeni obično ne odluče potražiti pomoć ili stručnu psihološku potporu. Zbog navedenih se razloga povećan suicidalni rizik ili rizik od razvoja duševnog poremećaja u pravilu odnosi na članove obitelji žrtve suicida.

Općenito, povećanje životne dobi povezano je s povećanim suicidalnim rizikom. Ova je veza prisutna i u slučajevima kada ne postoji duševni poremećaj. Dodatni čimbenici povećanog suicidalnog rizika u starijoj dobi uključuju i frekventnije tjelesne bolesti kao proces žalovanja.

Raniji suicidalni pokušaj je jedan od najjačih pokazatelja rizika od ponovnog pokušaja suicida. Istraživanja su pokazala da je gotovo pola ispitanika prije pokušaja suicida upražnjavalo i samo-ozljeđujuće ponašanje, s tim da ta brojka raste na dvije trećine kada se pridruže pokušaji suicida u mlađoj populaciji. Od 10 do 15% osoba koje su pokušale suicid tu će svoju nakanu u konačnici i realizirati (127). Novija istraživanja iznose činjenicu da pozitivna obiteljska anamneza izvršenog suicida predstavlja značajan čimbenik rizika, čak do 4 puta veći u odnosu na opću populaciju (129).

1.3.4.2. Dinamični čimbenici rizika

Bilo tijekom ili neovisno o postojanju psihijatrijskog poremećaja većina pojedinaca koja promišlja o suicidu u stanju je emocionalnog stresa. Takvo stanje može biti praćeno simptomima depresije, anksioznosti, paničnim napadima, ahedonijom, beznađem, smanjenom koncentracijom i nesanicom te zahtijeva promptno liječenje psihofarmakološkom terapijom i psihoterapijskim intervencijama (126).

Procjena suicidalnosti je osjetljiv proces i obuhvaća puno više od jednostavnog ispitivanja bolesnika o promišljanjima da si oduzme život. Procjena suicidalnosti uključuje promatranje spontanih emocionalnih reakcija i postavljanje odgovarajućih pitanja. Većina pacijenata ne prikriva postojanje suicidalnih ideja ili namjera, a gotovo će pola njih priznati suicidalnu namjeru bliskoj osobi ili partneru. Prema nekim istraživanjima veliki broj osoba koje su

počinile suicid kontaktiralo je nadležnog obiteljskog liječnika nekoliko dana ili tjedana prije svog čina. Analiza 40 istraživanja pokazala je da je oko 19% osoba koje su izvršile suicid imalo kontakt s nadležnim psihijatrom u mjesecu prije smrti (130). Postoji cijeli niz razloga zbog kojih pacijent neće otkriti svoje suicidalne ideje ili namjere terapeutu. Poricanje se nekada temelji na namjernom pokušaju zavaravanja terapeuta, a ponekad je i rezultat nedovoljnog terapijskog saveza. Pacijent može biti aleksitimičan i nesposoban za izražavanje emocionalne patnje na primjeren način. Međutim, imamo i situacije kada u razgovoru s terapeutom dolazi do nestanka suicidalne namjere. Sve ovo govori da je suicidalnost kao čimbenik rizika promjenjiva varijabla. Pacijenti mogu postati suicidalni u vrlo kratkom vremenskom razdoblju, a njihova se suicidalna ideja ili namjera može brzo ugasiti (126,128).

Američko Udruženje za Suicidologiju podijelilo je znakove upozorenja za suicidalni pokušaj na one opće i proširene. Opći znakovi upozorenja tvore akronim „IS THE PATH WARM“ odnosno: I – ideja (eng. ideation); S – zlouporaba sredstava ovisnosti (eng. substance abuse); P – besmisao (eng. purposelessness); A – tjeskoba (eng. anxiety); T – zatočenost (eng. trapped); H – beznađe (eng. hopelessness); W – povlačenje (eng. withdrawal); A – bijes (eng. anger); R – nesmotrenost (eng. recklessness); M – promjene raspoloženja (eng. mood changes). Prošireni znakovi upozorenja su: povećana uporaba sredstava ovisnosti; gubitak razloga za život; gubitak smisla u životu; anksioznost, agitacija, nesanica; osjećaj zatočenosti, nemogućnost nalaženja izlaza iz problema; beznađe; povlačenje iz socijalnih aktivnosti; bijes, nekontrolirana ljutnja, traženje osvete; nesmotreno i rizično ponašanje; dramatične promjene raspoloženja (131).

1.3.4.3. Psihosocijalni stresori

Istraživanja opetovano pokušavaju utvrditi onaj glavni uzrok, događaj, koji je prethodio suicidalnom pokušaju. Razlozi su brojni i kao takvi dovode do značajne heterogenosti u rezultatima istraživanja, između ostalog zato što su ovi rizični čimbenici podložni utjecaju kulturoloških, religioznih, socijalnih i ekonomskih kretanja u određenom društvu. Uz povećani rizikom za suicidalni pokušaj najčešće se spominju samoća, bračne razmirice, nezaposlenost, nizak socioekonomski status, migracije, narušeno zdravlje i emocionalni problemi (126,131).

Procjenjivanjem rizičnih čimbenika pokušaja suicida, znakova upozorenja i utjecaja specifičnih psihosocijalnih stresora stvara se podloga za kliničku procjenu suicidalnosti. Pomoću strukturiranih instrumenata za procjenu prikupljaju se još detaljniji podaci o

demografskim, statičkim i dinamičkim čimbenicima koji upotpunjavanju klinički intervju. Premda se rizik za suicidalni pokušaj s potpunom sigurnošću ne može predvidjeti niti kombinacijom navedenih metoda, procjena se uvijek treba napraviti.

1.3.5. Zaštitni čimbenici

Kako imamo rizične čimbenike suicida, tako postoje i oni zaštitni koji umanjuju suicidalni rizik kod neke osobe. Većina je različitih intervencijskih programa s ciljem smanjenja suicidalnog rizika usmjerena na rizične čimbenike, no jednako je važno razmotriti i ojačati čimbenike koji povećavaju otpornost i povezanost osobe sa svojom okolinom te time i zaštitu od suicidalnog ponašanja. Otpornost pojedinca ima važnu zaštitnu ulogu, što znači da pojedince s višom razinom otpornosti karakterizira i značajno manji suicidalni rizik (2,3).

1.3.5.1. Zdravi međuljudski odnosi

Rizik za suicidalno ponašanje raste uslijed patnje zbog sukoba u međuljudskom odnosu, gubitka takvog važnog odnosa ili dugotrajno narušenog odnosa. Suprotno tome, održavanje zdravih međuljudskih odnosa povećava otpornost pojedinca i predstavlja zaštitni čimbenik protiv suicidalnog ponašanja. Najveći utjecaj na osobu i najveća potpora tijekom kriznih životnih situacija dolazi iz najužeg krug ljudi neke osobe – partneri, članovi obitelji, prijatelji. Obitelj i prijatelji počesto pružaju značajnu potporu u situacijama socijalne, emocionalne ili financijske krize pojedinca te uvelike umanjuju utjecaj vanjskih stesora. Zdravi međuljudski odnosi osobito su bitni i pružaju zaštitu u populaciji adolescenata i starijih osoba, i to zato što su te dobne skupine ovisnije o drugima.

1.3.5.2. Vjerski stavovi

Religiozne ili duhovne stavove u ulozi zaštitnih čimbenika protiv suicidalnog ponašanja treba razmotriti s oprezom. Vjera sama po sebi može biti zaštitni čimbenik zbog toga što pruža strukturirani sustav vjerovanja i može biti izvor pozitivnog utjecaja na tjelesno i psihičko zdravlje. Međutim, samoubojstvo iz kulturološkog i vjerskog aspekta predstavlja stigmu, pa se može dogoditi da zbog moralno-vjerskih stavova i stigme osobe koja treba pomoć ne dođe do traženja iste. Zaštitni učinak vjere potječe iz lako dostupne kohezivne i podupiruće zajednice koja ima zajedničke vrijednosti i može biti oslonac pojedincu u emocionalnoj patnji.

1.3.5.3. Životni stil kao zaštitni čimbenik

Svaki pojedinac ima određene mehanizme pomoću kojih se brani od stresogenih životnih događaja. Individualne pozitivne strategije suočavanja s problemima i blagostanje zaštitni su čimbenici protiv suicidalnog ponašanja. Blagostanje je obilježje na koje jednim dijelom utječu osobine ličnosti u kombinaciji s otpornošću pojedinca na stres i traumatske događaje. Emocionalna stabilnost, koja se odražava u optimističnom svjetonazoru i razvijenom identitetu, predstavlja temelj za primjereno suočavanje sa životnim poteškoćama. Razvijeno samopoštovanje i učinkovitost u rješavanju problema (prepoznavanje potrebe za traženje pomoći kada je to potrebno) ublažavaju utjecaj negativnih životnih situacija u djetinjstvu. Spremnost traženja pomoći u slučaju psihičkih poteškoća ili poremećaja značajno ovisi o nekim osobnim stavovima pojedinca. Kako su psihički poremećaji još uvijek praćeni stigmom, osobe koje se ne odluče potražiti stručnu pomoć u situacijama kada je ona potrebna, zapravo gomilaju svoje psihičke poteškoće, a time i povećavaju suicidalni rizik koji se može učinkovito spriječiti ranom intervencijom. Prihvaćanje zdravih obrazaca ponašanja, redovito vježbanje, bavljenje sportom, dovoljno sna, zdrava prehrana, primjereni socijalni i međuljudski odnosi te sposobnost učinkovitog suočavanja sa stresom preduvjeti su za stabilno tjelesno i psihičko stanje. Važnost ojačavanja zaštitnih čimbenika ne utječe samo na smanjivanje suicidalnog rizika nego i smanjuje rizik od obolijevanja i od drugih psihičkih poremećaja (1 - 3,6,7).

1.4. Afektivni poremećaji, suicidalnost, ličnost – tematska sinteza

U ovome će se istraživanju primjenom strukturiranih standardiziranih upitnika za procjenu pokušati pronaći poveznica između specifičnih osobina ličnosti prema genetsko-neurobiološkom modelu i suicidalnih pokušaja kod oboljelih od specifičnih afektivnih poremećaja. Dostupna literatura ne sadrži točno određene i kroz istraživanja potvrđene poveznice između određenih karakteristika ličnosti i temperamenta u oboljelih od afektivnih poremećaja s osobitostima suicidalnih pokušaja i ponašanja. U ovome se istraživanju kao izazov pojavljuje upravo probir kao i činjenica postojanja različitih osobina ličnosti koje predstavljaju atraktivne ciljeve za istraživanje suicidalnosti i intervencija pri manifestiranju suicidalnog ponašanja. Konstrukt ličnosti u sebi sadrži varijable koje pridonose sklonosti prema suicidu, osobito kroz percepciju pojedinca o samome sebi i njegovoj prilagodbi okolini kojoj pripada i u kojoj živi. Prepoznavanje karakteristika ličnosti i temperamenta može

pridonijeti ranom prepoznavanju pojedinaca sklonih suicidalnom ponašanju te njihovoj podjeli na podgrupe s ponovnim pokušajima i s potencijalnim izvršenjem suicida u starijoj dobi. Osim individualnih razlika u ličnosti evidentne su i određene spolne razlike u suicidalnom ponašanju, odnosno pokušajima suicida. U ovom ćemo istraživanju posebno raščlaniti moguće razlike u suicidalnim pokušajima i suicidalnome ponašanju. U tu ćemo svrhu koristiti specifični upitnik za procjenu ličnosti koji u sebi objedinjuje genetske i neurobiološke osobitosti ličnosti.

Uz navedene kliničke parametre promatrat ćemo i sociodemografske čimbenike (dob, spol, razina obrazovanja, zaposlenost, stupanje u brak, broj djece, prihode u kućanstvu, religioznost, uvjete života) procijenjene kroz obradu pacijenata s određenih područja Slavonije i Baranje, koje gravitiraju KBC-u Osijek. Ti sociodemografski čimbenici mogu na određeni način utjecati na razvoj afektivnih poremećaja i manifestaciju suicidalnoga ponašanja.

2. HIPOTEZA

Osnovna je hipoteza postavljena tvrdnjom da se suicidalne ideje i suicidalni pokušaji češće javljaju kod oboljelih od afektivnih poremećaja (depresivni i bipolarni afektivni poremećaj) s određenim specifičnim karakteristikama ličnosti koje su utemeljene na neurobiološkom modelu i kojima dodatno pridonose nepovoljne socijalne okolnosti i demografski čimbenici.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Primarni cilj ovog istraživanja je utvrditi postoji li razlika između oboljelih od afektivnih poremećaja (depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj) sa suicidalnim idejama i pokušajima suicida u odnosu na oboljele od tih poremećaja bez suicidalnih ideja i pokušaja s obzirom na specifične osobine ličnosti temeljene na neurobiološkom modelu.

Sekundarni ciljevi su:

1. Razlučiti intenzitet i razinu suicidalnog rizika temeljem karakteristika ličnosti.

2. Razlučiti intenzitet i razinu suicidalnog rizika temeljem psihosocijalnih i demografskih čimbenika.

3. Utvrditi učestalost suicidalnih ideja i pokušaja s obzirom na fazu bolesti (pogoršanje, poboljšanje).

4. Utvrditi povezanost suicidalnih ideja i pokušaja suicida s iznesenim razlozima za život, klasificiranim odgovarajućim ljestvicama za procjenu.

5. Utvrditi utjecaj sociodemografskih čimbenika na ne-/iskazivanje suicidalnoga ponašanja kod oboljelih od afektivnih poremećaja s obzirom na odnosne karakteristike ličnosti

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je bilo prospektivno. Provedeno je u razdoblju od studenog 2012. do rujna 2015. godine na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek. Bolesnici su podvrgnuti ispitivanju prema redoslijedu prijema na bolničko liječenje. Podaci o bolesnicima su šifrirani i nisu bili korišteni u bilo koje druge svrhe osim u svrhe ovog istraživanja. Svim bolesnicima uključenim u ovo istraživanje detaljno su objašnjeni svrha i način istraživanja, a oni koji su pristali sudjelovati u njemu potpisali su informirani pristanak.

Kriteriji za uključivanje u obje skupine (eksperimentalna i kontrolna) bolesnika su:

- dob od 25 godina ili starija;
- dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja (F31), depresivne epizode (F32) i povratnog depresivnog poremećaja (F33);
- pogoršanje psihičkog stanja indicirano bolničkim liječenjem;
- broj bodova na HAM-D (14 ili više)
- sposobnost razumijevanja svrhe i ciljeva ispitivanja;
- potpisani informirani pristanak na ispitivanje.

Isključni kriteriji za istraživanje su:

- svi oblici mentalne slaboumnosti;
- svi tipovi demencije
- bolesti mozga i druga teška tjelesna komorbidna stanja;
- bolesti ovisnosti;
- bolesnici koji imaju dijagnosticiran teži poremećaj osobnosti prema kriterijima MKB-10;
- nemogućnost razumijevanja svrhe i ciljeva istraživanja;
- odbijanje potpisivanja informiranog pristanka.

4.2. Ispitanici

U ovo su istraživanje provedeno sukladno dijagnostičkim kriterijima Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema - deseta revizija (MKB-10, 1994. godine)

za afektivne poremećaje (poremećaje raspoloženja) bili uključeni bolesnici oba spola koji zadovoljavaju uključujuće kriterije za sudjelovanje, i to u broju dostatnom za statističku obradu uzorka.

Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine – eksperimentalnu i kontrolnu:

1. Eksperimentalnu skupinu čine bolesnici s dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F31.3/F31.4) i bolesnici s dijagnozom povratnog depresivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F33.2), koji su pri prijemu imali suicidalne ideje i/ili suicidalni pokušaj.

2. Kontrolna se skupina sastoji od bolesnika s dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F31.3/F31.4) i bolesnika s dijagnozom povratnog depresivnog poremećaja (F33.2), koji pri prijemu nisu imali suicidalne ideje niti su ikada pokušali suicid.

Uzorak se odnosi na eksperimentalnu skupinu podijeljenu na dvije podskupine i kontrolnu skupinu:

1. Eksperimentalna podskupina bolesnika s dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F31.3/F31.4), koji su pri prijemu iskazivali suicidalno ponašanje.

2. Eksperimentalna podskupina bolesnika s dijagnozom povratnog depresivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F33.2), koji su pri prijemu iskazivali suicidalno ponašanje.

3. Kontrolna skupina bolesnika s dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F31.3/F31.4) i povratnog depresivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F33.2), koji pri prijemu nisu iskazivali suicidalno ponašanje.

Eksperimentalna je skupina je podijeljena na dvije podskupine (suicidalne osobe oboljele od povratnog depresivnog i bipolarnog afektivnog poremećaja prema MKB-10 klasifikaciji) iz razloga što se radi tek o parcijalno srodnoj etiologiji i patofiziologiji dvije bolesti, a shodno

tome i o razlici u primarnoj strukturi ličnosti i pojavi suicidalnog ponašanja odnosno izvršenja suicida, što onda uzrokuje i razlike u rezultatima upitnika za procjenu.

Za opažanje većih razlika uz razinu značajnosti 0,05 i snagu testa od 80% potrebno je ispitati minimalno 100 ispitanika.

4.3. Metode

4.3.1. Standardizirani upitnici za procjenu

4.3.1.1. Upitnik za procjenu ličnosti – „The Temperament and Character Inventory“ (TCI)

Autori TCI upitnika su: C.R. Cloninger, T.R. Przybeck, D.M. Svrakic i R.D. Wetzel. Upitnik se sastoji od baterije testova za procjenu razlika između pojedinaca temeljem sedam osnovnih dimenzija temperamenta i karaktera. U ovome se istraživanju koristila hrvatska verzija 9 TCI (TCI-9) upitnika. Temperament obilježavaju automatski emocionalni odgovori na ranije stečena iskustva koja su relativno stabilna i nasljedna tijekom života. U upitniku se opisuju četiri obilježja temperamenta određena genetsko-neurobiološkom podlogom. To su Traganje za novim (eng. novelty seeking; NS), Izbjegavanje štete, odnosno svega što izaziva tjelesnu ili psihičku bol (eng. harm avoidance; HA), Ovisnost o nagradi (eng. reward dependence; RD) i Upornost (eng. persistance; P). Osobina traženja novoga povezana je s niskom dopaminergičkom aktivnošću, ovisnost o nagradi s niskom noradrenalinskom aktivnošću, a izbjegavanje štete s povećanom serotoninergičkom aktivnošću. Karakterne se osobine odnose na self-koncepte i individualne razlike u vrijednostima i ciljevima koji utječu na voljni izbor, namjere i određivanje značenja za iskustva doživljena tijekom života. Razlike u karakteru dijelom su pod utjecajem sociokulturnog učenja i progresivno sazrijevaju tijekom života. Tri dimenzije karaktera su: Samo-vođenje (eng. self-directedness; SD), suradnja (eng. cooperativeness; C) i nadilaženje samoga sebe (eng. self-transcendence; ST). Svaka od spomenutih dimenzija temperamenta i karaktera se dijeli na 3 do 5 podljestvica. Izbjegavanje štete (HA) ima četiri podljestvice: 1. briga i pesimizam (eng. worry and pesimism; HA1), 2. strah od nesigurnosti (eng. fear of uncertanty; HA2), 3. sramežljivost prema nepoznatima (eng. shyness with strangers; HA3), 4. zamorljivost i astenija (eng. fatigability and asthenia; HA4). Ovisnost o nagradi (RD) se dijeli na četiri podljestvice: 1. sentimentalnost (eng. sentimentality; RD1), 2. upornost (eng. persistence; RD2), 3. privrženost (eng. attachment; RD3); 4. ovisnost (eng. dependence; RD4). Važno je naglasiti da je RD2 podljestivca

izbačena iz verzije 9 TCI upitnika, koji se inače koristi u ovome istraživanju. Traganje za novim (NS) ima četiri podljestvice: 1. eksploratorna ekscitabilnost (eng. exploratory excitability; NS1), 2. impulzivnost (eng. impulsiveness; NS2), 3. ekstravagantnost (eng. extravagance; NS3), 4. nesređenost (eng. disorderliness; NS4). Dimenzija karaktera samo-vođenje (SD) sastoji se od pet podljestvica: 1. odgovornost (eng. responsibility; SD1), 2. svrhovitost (eng. purposefulness; SD2), 3. snalažljivost (eng. resorcefulness; SD3), 4. samo-prihvaćanje (eng. self-acceptance; SD3); 5. sukladno drugoj naravi (eng. congruent 2nd nature; SD5). Dimenzija karaktera suradnja (C) ima pet podljestvica. 1. socijalno prihvaćanje (eng. social acceptance; C1), 2. empatija (eng. empathy; C2), 3. korisnost (eng. helpfulness; C3), 4. sućutnost vs. osveta (eng. compassion vs. revenge; C4), 5. integrirana savjest (eng. integrated conscience; C5). Dimenzija karaktera nadilaženje samoga sebe (ST) ima tri podljestvice: 1. samo-zaboravljivost (eng. self forgetfulness; ST1), 2. transpersonalna identifikacija (eng. transpersonal identification; ST2), 3. duhovno prihvaćanje (eng. spiritual acceptance; ST3). Specifičnost ovoga instrumenta za procjenu ličnost je tzv. genetsko-neurobiološki princip (model) postuliran upravo od strane Cloninger-a i njegovih suradnika. Termin „genetsko-neurobiološki model ili princip“ potječe iz rezultata istraživanja, dobivenih starijom verzijom upitnika za procjenu ličnosti TPQ i novog revidiranog TCI upitnika Cloninger-a i njegovih suradnika. Njime se pokazuje kako su dimenzije temperamenta i karaktera svaka za sebe genetski homogene i neovisne (Cloninger, 1986, 1987; Cloninger et al. 1993). Cloninger pretpostavlja da različiti geni utječu na aktivaciju, održavanje i inhibiciju određenih ponašanja kao i da su različite dimenzije temperamenta u međusobnoj funkcionalnoj interakciji. Dakle, tvrdi se da isti okolinski podražaj može aktivirati više od jedne dimenzije temeperamenta i karaktera. Ovo je na određeni način dopunilo, gotovo čak i diskreditiralo raniju Eysenck-ovu teoriju ličnosti (1975.) nastalu na faktorskoj analizi samoprocjenskih rezultata karakteristika ličnosti. Eysenck-ova je teza odbačena budući da genetska i fenotipska struktura ličnosti ne može biti jedinstvena s obzirom na iste okolinske podražaje. Osnova hipoteze genetske neovisnosti četiri dimenzije temperamenta temelji se na tri važna čimbenika. Prvo, dostupna istraživanja genetskih i okolinskih utjecaja ukazivala su na to da je osobina ekstraverzije (sastavljena od impulzivnosti i socijabilnosti) genetski jako neovisna i nepredvidljiva, čak i pod utjecajem identičnih okolinskih podražaja. Slično je dokazano i za osobinu psihoticizma za kojega je poznato da je genetski i okolinski heterogen temeljem kvantitativnih genetskih studija Heath-a i suradnika. Drugo, filogenetska analiza sposobnosti učenja otkriva da su sistemi bihevioralne inhibicije, aktivacije i socijalne privrženosti (eng.attachment) zajedno s upornošću i povremenim potkrepljivanjem evoluirali na različite načine. Na primjer, neki

beskralježnjaci reagiraju samo na averzivne podražaje, ne i na stimulirajuće i „socijabilne“ poremećaje. Treće, neurobiološke varijable podrazumijevaju implementiranosti dopaminskog, serotoninskog i noradrenaliskog sustava koji su ovisno o individualnoj aktivaciji specifični za osobine temperamenta i karaktera. Ove su hipoteze potvrđene i u blizanačkim studijama, što je dodatno potkrijepilo Cloninger-ovu teoriju. Ovaj se upitnik može primjenjivati za osobe stare 15 ili više godina. Njegova je primjena popularna u vrednovanju i dijagnosticiranju različitih psihijatrijskih poremećaja, a zbog svoje sveobuhvatnosti koja uključuje i biološku podlogu koristit će se i u ovom istraživanju (132,133).

4.3.1.2. Upitnik za procjenu suicidalnosti – „Columbia- Suicide Severity Rating Scale“ (C-SSRS)

Autori C-SSRS upitnika su: K. Posner, D. Brent, C. Lucas, M. Gould, B. Stanley, G. Brown i suradnici. Upitnik je primarno dizajniran za istraživanje suicidalnosti pod pokroviteljstvom NIMH (eng. National Institute of Mental Health, SAD). Tom se prilikom pokazao uspješnim u predviđanju suicidalnih pokušaja ne samo kod odraslih ispitanika nego i kod adolescenata. U prošlosti su slični upitnici bili primarno usmjereni na identificiranje isključivo suicidalnih pokušaja dok su bihevioralni elementi u svojstvu prediktora suicidalnog pokušaja bili zanemarivani (npr. prikupljanje tableta, kupovanje oružja). C-SSRS se zasniva na dokazima (eng.evidence based) i jedini je upitnik za procjenu cijelog spektra suicidalnih ideja, njihovog intenziteta i bihevioralnih komponenti. Počiva ne kriterijima koji upućuju na daljnje korake (npr.upućivanje psihijatrima) zbog toga je dragocjen u pogledu probira na ranije navedene parametre. Sastavljen je od više skupina za procjenu suicidalnosti kako slijedi: „Zamišljanje samoubojstva“, „Intenzitet zamišljanja samoubojstva“, „Suicidalno ponašanje“ i „Stvarni pokušaji samoubojstva“. Svaka od ovih skupina sastoji se od podskupina za procjenu intenzitetq suicidalnih ideja i pokušaja. Radi njegove sveobuhvatnost u procjeni ozbiljnoga kliničkog entiteta i suicidalnosti odabran je za primjenu i u ovom istraživanju (134).

4.3.1.3. Upitnik za procjenu depresivnih simptoma – „Hamilton Depression Rating Scale“ (HAM-D)

Autor ovog upitnika je: M. Leeds. Ovaj je upitnik nekoliko puta revidiran, zadnji put 1980. godine. Već se dugi niz godina koristi za procjenu težine depresivnih simptoma, a može se primjenjivati prije, tijekom i nakon završenog terapijskog tretmana. Smatran je „zlatnim standardom“ u kliničkim istraživanjima. Primjenjuje se na odraslim osobama, a u probiru su

obuhvaćeni: raspoloženje, osjećaji krivnje, psihomotorna agitacija ili retardacija, nesanica, somatski simptomi, gubitak težine i suicidalna promišljanja. U ovom se istraživanju koristila verzija upitnika s 21 stavkom, iako se bodovanje temelji na prvih 17 stavki. Stavke se ocjenjuju u rasponu od 3 do 5 točaka. Rezultati od 0 – 7 se smatraju normalnim dok rezultat veći od 19 upućuje na tešku i vrlo tešku depresiju. Razlog za primjenu ovog upitnika je njegova pouzdanost za procjenu ovih simptoma kod bolesnika s depresivnom epizodom ili ponavljajućim depresivnim poremećajem odnosno bipolarnim afektivnim poremećajem – depresivna epizoda ili miješana epizoda (135,136).

4.3.1.4. Upitnik za procjenu razloga za život – „Reason for Living Inventory“ (eng. RFL)

Autor ovoga upitnika je: M. Linehan. Ovaj upitnik procjenjuje posljedice odluke za nastavak života naspram posljedica koje bi donio suicid kao i važnost različitih razloga za nastavkom života. Te su vrijednosti podijeljene šest podljestvica: preživljenje i mehanizmi suočavanja (eng.Survival and Coping mechanisms), odgovornost prema obitelji (eng. Responsibility to Family), brige za dijete (eng.Child-related concerns), strah od samoubojstva (eng. Fear of suicide), strah od socijalnog neprihvaćanja (eng. Fear of social disapproval) i moralni prigovori (eng. Moral objections). Osim što detaljnije analiziraju pokušaj suicida ili suicidalne ideje kod oboljelih, svi su navedeni parametri značajni i za primjenu ciljanih terapijskih postupaka, radi čega je ovaj upitnik uvršten u ovo istraživanje (137).

4.3.1.5. Sociodemografski upitnik

Polustrukturirani upitnik o sociodemografskim čimbenicima temeljen na kliničkom iskustvu i dostupnim javno-zdravstvenim podacima za područje Slavonije i Baranje (105,106).

Istraživanje se provodilo na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek primjenom ljestvica za procjenu hospitaliziranih bolesnika. Ispitanici su odgovarali na pitanja u dva vremenska termina – 1. dana (pri prijemu) i 21. dana liječenja (pred otpust), i to tijekom razdoblja od približno 3 godine. Bolesnici su podvrgnuti ispitivanju prema redoslijedu prijema na bolničko liječenje, sve dok se ne popuni očekivani broj bolesnika za pojedinu skupinu. Podaci o bolesnicima su šifrirani i nisu dostupni u bilo koje druge svrhe osim u svrhe ovog istraživanja. Obje su skupine bolesnika, neovisno o spolu, bile prilikom prijema evaluirane kliničkim upitnicima za procjenu, adekvatnim za odnosni poremećaj. U eksperimentalnoj se skupini

bolesnika sa suicidalnim pokušajem prva evaluacija upitnicima vršila unutar 72h od prijema na Kliniku. Kod depresivne epizode povratnog depresivnog poremećaja i kod depresivne epizode u sklopu bipolarnog poremećaja u dva se navrata (1. i 21. dan) koristila HAM-D ljestvica, i to kako bi osim procjene težine simptoma depresije imali i uvid u poboljšanje/nepromijenjenost psihičkog stanja bolesnika. Kod obje su se skupine bolesnika primjenjivale sljedeće ljestvice za procjenu: ljestvica za procjenu suicidalnog ponašanja (C-SSRS) 1. i 21. dan; ljestvica za procjenu razloga za život (RFL) u jednom navratu (1. dan). Upitnik za procjenu karakteristika ličnosti zasniva se na genetsko-neurobiološkom principu TCI (Cloninger) i bio je primijenjen u dva navrata, 1. i 21. dan. U eksperimentalnoj i kontrolnoj skupini bolesnika prošireni sociodemografski podaci prikupljali su se 21. dan.

4.4. Statistička obrada podataka

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli provjerene su Hi-kvadrat testom, a po potrebi i Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli podvrgnuta je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina ispitane su Studentovim t testom, a u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Mann-Whitneyevim U testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između 3 i više nezavisnih skupina su zbog odstupanja od normalne raspodjele analizirane Kruskal-Wallisovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju zavisnih skupina (prijem i otpust) su radi odstupanja od normalne raspodjele ispitane Wilcoxonovim testom. Povezanost numeričkih varijabli ocijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije **ρ** (rho).

Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na Alpha = 0,05. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc (inačica 16.2.0, MedCalc Software bvba, Ostend, Belgija).

5. REZULTATI

5.1. Utjecaj demografskih i psihosocijalnih čimbenika na suicidalnost

Istraživanje je provedeno na 119 ispitanika, od kojih je 38 (32 %) muškaraca i 81 (68 %) žena. Suicidalne ideje ili pokušaj suicida imao je po prijemu 61 (51 %) ispitanik, dok ih je 58 (49 %) bez suicidalnih ideja. S bipolarno afektivnim poremećajem - teška depresivna epizoda je 50 (42 %) ispitanika bez značajnih razlika prema skupinama prema suicidalnim namjerama. Prosječna dob ispitanika je 45 godina (standardne devijacije - SD 7,9 godina). Sa srednjom stručnom spremom je 78 (66 %) ispitanika, a nezaposleno je njih 50 (42 %), značajno više iz skupine sa suicidalnim idejama ili pokušajem suicida (χ^2 test, P = 0,004). Većina ispitanika ima mjesečna primanja manja od 2.000 kn (Tablica 5.1) .

Tablica 5.1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
Poremećaj				
Povratni depresivni poremećaj - teška epizoda	30 (49)	20 (35)	50 (42)	0,14
Bipolarno afektivni poremećaj - teška depresivna epizoda	31 (51)	38 (65)	69 (58)	
Spol				
Muškarci	22 (36)	16 (28)	38 (32)	0,33‡
Žene	39 (64)	42 (72)	81 (68)	
Dob ispitanika [godine] (Aritmetička sredina i standardna devijacija SD)	44,7 (±8,1)	45,2 (±7,8)	45 (±7,9)	0,77†
Razina obrazovanja				
osnovna škola	5 (8)	4 (7)	9 (8)	0,55
srednja škola	43 (70)	35 (60)	78 (66)	
fakultet	7 (11)	9 (16)	16 (13)	
viša škola	6 (10)	10 (17)	16 (13)	
Radni status				
zaposlen	10 (16)	22 (38)	32 (27)	**0,004**
nezaposlen	35 (57)	15 (26)	50 (42)	
ponekad radi	11 (18)	15 (26)	26 (22)	
umirovljenik	5 (8)	6 (10)	11 (9)	
Mjesečna primanja				
manje od 2.000 kn	44 (72)	30 (52)	74 (62)	0,12
od 2.000 do 3.000 kn	9 (15)	13 (22)	22 (18)	
od 3.000 do 5.000 kn	6 (10)	9 (16)	15 (13)	
od 5000 do 10.000 kn	2 (3)	6 (10)	8 (7)	
Ukupno	61 (100)	58 (100)	119 (100)	

*χ^2 test; †Studentov T-test; ‡Fisherov egzaktni test

Prosječno trajanje psihijatrijskog tretmana je 7,9 (SD 3,9) godina. Od ukupno 51 (43 %) ispitanika s dijagnozom bipolarni afektivni poremećaj, teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F31.4), više je kod ispitanika sa suicidalnim idejama ili pokušajem suicida, dok su ispitanici s teškim povratnim depresivnim poremećajem bez psihotičnih simptoma (F 33.2) bez suicidalnih namjera, no bez značajnih razlika. Liječničku terapiju redovito uzima 105 (88%) ispitanika, a 65 (55 %) ispitanika ne zna pomaže li im (Tablica 5.2).

Tablica 5.2. Ispitanici prema trajanju psihijatrijskog tretmana, dijagnozi i terapiji

	Broj (%) ispitanika			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
Trajanje psihijatrijskog tretmana [godine] [Aritmetička sredina (standardna devijacija)]	8,1 (3)	7,7 (3,9)	7,9 (3,9)	0,56†
Dijagnoza pod kojom se liječe				
Bipolarni afektivni poremećaj, teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F31.4)	32 (53)	20 (35)	52 (44)	
Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (F32.2)	3 (5)	2 (3)	5 (4)	0,08‡
Težak povratni depresivni poremećaj bez psihotičnih simptoma (F 33.2)	23 (38)	35 (60)	58 (49)	
Težak povratan depresivni poremećaj sa psihotičnim simptomima (F 33.3)	3 (5)	1(2)	4 (3)	
Uzimaju li redovito liječničku terapiju				
da	53 (87)	52 (90)	105 (88)	0,78‡
ponekad	8 (13)	6 (10)	14 (12)	
Pomaže li im terapija				
da	24 (39)	25 (43)	49 (41)	
ne	3 (5)	2 (3)	5 (4)	0,87
ne znam	34 (56)	31 (53)	65 (55)	
Ukupno	61 (100)	58 (100)	119 (100)	

*χ^2 test; †Studentov T-test; ‡Fisherov egzaktni test

Kao podstanari su 34 (29 %) ispitanika, a prema bračnom statusu udanih/ oženjenih je 51 (43 %). Djecu ima 40 (34 %) ispitanika, a od onih koji su u bračnom ili partnerskom odnosu

37 (31 %) navodi da ne zna je li u tom odnosu sretno. Najviše ispitanika, njih 52 (43,7 %) se prvi puta javilo psihijatru jer su se dulje vrijeme osjećali loše, značajno više oni koji imaju suicidalne ideje (Fisherov egzaktni test, P = 0,03). Prema obiteljskoj anamnezi 49 (41 %) ispitanika navodi da im je član obitelji u psihijatrijskom tretmanu, a kod 31 (26 %) ispitanika član obitelji je počinio samoubojstvo (Tablica 5.3).

Tablica 5.3. Raspodjela ispitanika prema stambenom i bračnom statusu, razlogu prvog javljanja te obiteljskoj anamnezi

	Broj (%) ispitanika			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
Stambeno pitanje				
u stanu	15 (25)	12 (21)	27 (23)	
u kući	7 (11)	15 (26)	22 (18)	
kod roditelja	13 (21)	8 (14)	21 (18)	0,30
kod roditelja sa svojom obitelji	7 (11)	8 (14)	15 (13)	
kao podstanar	19 (31)	15 (26)	34 (29)	
Bračni status				
samac	9 (15)	8 (14)	17 (14)	
udana/ oženjen	27 (44)	24 (41)	51 (43)	
u vezi	9 (15)	9 (16)	18 (15)	0,73
udovac/ udovica	3 (5)	7 (12)	10 (8)	
rastavljen/ a	13 (21)	10 (17)	23 (19)	
Imaju djecu	24 (39)	16 (28)	40 (34)	0,24
Sretni u bračnom / partnerskom odnosu				
da	4 (7)	7 (12)	11 (9)	
ne	13 (21)	8 (14)	21 (18)	0,60
ne znam	19 (31)	18 (31)	37 (31)	
samac / bez partnera	25 (41)	25 (43)	50 (42)	
Što je prethodilo prvom javljanju psihijatru				
gubitak bliske osobe	8 (13)	14 (24)	22 (18)	
gubitak posla	7 (11)	6 (10)	13 (11)	
razvod braka	0	7 (12)	7 (6)	
poteškoće sa začećem i ostvarivanjem trudnoće	0	1 (2)	1 (1)	
financijske poteškoće	1 (1,6)	2 (3,4)	3 (2,5)	**0,04**†
bračne poteškoće	4 (6,6)	3 (5,2)	7 (5,9)	
osjećao se loše dugo vremena	31 (50,8)	21 (36,2)	52 (43,7)	
traumatski događaj (civilni/ promet i sl.)	4 (6,6)	1 (1,7)	5 (4,2)	
ne sjećam se	6 (9,8)	3 (5,2)	9 (7,6)	
Obiteljska anamneza				
član obitelji u psihijatrijskom tretmanu	25 (41)	24 (41)	49 (41)	
član obitelji (krvno srodstvo) počinio samoubojstvo	17 (28)	14 (24)	31 (26)	0,87
nema članova obitelji liječenih kod psihijatra	19 (31)	20 (34)	39 (33)	
Ukupno	61 (100)	58 (100)	119 (100)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Od antidepresiva najčešći je izbor sertalin, za 34 (31 %) ispitanika u dozi od medijana 75 mg/dan (interkvartilnog raspona 32,5 mg/dan do 100 mg/dan); od stabilizatora raspoloženja Na-valproat za 33 (59 %) ispitanika, u dozi od 300 mg/dan (interkvartilnog raspona 100 mg/dan do 412,5 mg/dan); od benzodiazepina diazepam za 56 (52 %) ispitanika, u dozi od medijana 10 mg/dan (interkvartilnog raspona 2 mg/dan do 15 mg/dan); te kod antipsihotika najčešći odabir je kvetiapin za 35 (41 %) ispitanika u dozi od medijana 20 mg/dan (interkvartilnog raspona 10 mg/dan do 150 mg/dan). Nema značajnih razlika u terapiji prema skupinama u odnosu na suicidalne ideje i namjere (Tablica 5.4 i Tablica 5.5).

Tablica 5.4. Ispitanici prema terapiji

	Broj (%) ispitanika			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
Antidepresivi				
Sertralin	18 (34)	16 (29)	34 (31)	
Venlafaksin	12 (23)	8 (15)	20 (19)	
Fluvoksamin	10 (19)	10 (18)	20 (19)	0,73
Escitalopram	6 (11)	10 (18)	16 (15)	
Mirtazapin	5 (9,4)	7 (12,7)	12 (11,1)	
Paroksetin	2 (3,8)	4 (7,3)	6 (5,6)	
Ukupno	*53 (100)*	*55 (100)*	*108 (100)*	
Stabilizatori raspoloženja				
Na-Valproat	19 (58)	14 (61)	33 (59)	
Litij	0 (0)	1 (4)	1 (2)	0,56
Lamotrigin	14 (42)	8 (35)	22 (39)	
Ukupno	*33 (100)*	*23 (100)*	*56 (100)*	
Benzodiazepin				
Diazepam	34 (64)	22 (41)	56 (52)	
Alprazolam	16 (30)	24 (44)	40 (37)	
Lorazepam	1 (2)	5 (9)	6 (6)	0,07
Oksazepam	2 (4)	3 (6)	5 (5)	
Ukupno	*53 (100)*	*54 (100)*	*107 (100)*	
Antipsihotici				
Kvetiapin	22 (43)	13 (38)	35 (41)	
Olanzapin	16 (31)	13 (38)	29 (34)	
Risperidon	3 (6)	1 (3)	4 (5)	0,78
Aripiprazol	8 (16)	4 (12)	12 (14)	
Sulpirid	2 (3,9)	3 (8,8)	5 (5,9)	
Ukupno	*51 (100)*	*34 (100)*	*85 (100)*	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.5. Srednje doze antidepresiva, stabilizatora, benzodiazepina i antipsihotika prema skupinama

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
Doza antidepresiva [mg/dan]	75 (47,5 - 100)	75 (30 - 100)	75 (32,5 - 100)	0,33
Doza stabilizatora [mg/dan]	300 (100 - 400)	300 (150 - 450)	300 (100 - 412,5)	0,66
Doza benzodiazepina [mg/dan]	10 (4 - 15)	5 (2 - 15)	10 (2 - 15)	0,18
Doza antipsihotika [mg/dan]	20 (10 - 200)	35 (15 - 112,5)	20 (10 - 150)	0,93

*Mann Whitney U test

Procjenskim upitnikom za depresivne simptome (HAM-D) utvrdili smo da značajno više ispitanika s teškom i vrlo teškom depresijom ima suicidalne ideje ili pokušaj suicida (χ^2 test, $P < 0,001$), dok 32 (55 %) ispitanika, bez suicidalnih ideja, značajno više imaju blagu depresiju (Tablica 5.6).

Tablica 5.6. Raspodjela ispitanika prema stupnju depresije (HAM-D)

	Broj (%) ispitanika			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
Blaga depresija	3 (5)	32 (55)	35 (29)	**<0,001**
Umjerena depresija	19 (31)	22 (38)	41 (35)	
Teška depresija	23 (38)	3 (5)	26 (22)	
Vrlo teška depresija	16 (26)	1 (2)	17 (14)	
Ukupno	61 (100)	58 (100)	119 (100)	

*χ^2 test

5.2. Utjecaj specifičnih osobina ličnosti temeljenih na neurobiološkom modelu na oboljele od afektivnih poremećaja

5.2.1. Osobine ličnosti kod suicidalnih i nesuicidalnih ispitanika kod prijema i otpusta

Po primitku, kod ispitanika sa suicidalnim idejama ili pokušajem suicida značajno su više vrijednosti kod izbjegavanje štete odnosno svega što izaziva tjelesnu ili psihičku bol (Mann Whitney U test, P < 0,001), a značajno su niže vrijednosti za upornost (Mann Whitney U test, P = 0,04), dok kod karakternih osobina značajno niže vrijednosti imaju kod samo-vođenja (Mann Whitney U test, P < 0,001) te kod suradnje (Mann Whitney U test, P = 0,001). Pri otpustu, ispitanici sa suicidalnim idejama ili pokušajem suicida, imaju značajno više vrijednosti za izbjegavanje štete (Mann Whitney U test, P < 0,001), a značajno niže vrijednosti za samo-vođenje (Mann Whitney U test, P < 0,001) i suradnju (Mann Whitney U test, P = 0,002) (Tablica 5.7).

Tablica 5.7. Mjere sredine i raspršenja osnovnih dimenzija temperamenta i karaktera

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
1. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	72,6 (63,8 - 77,1)	63,1 (59,03 - 68,2)	66,8 (60,9 - 74,1)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	44,5 (37,8 - 53,65)	47 (40,78 - 53,23)	44,5 (39,5 - 52,8)	0,32
Ovisnost o nagradi (RD)	42 (35,2 - 46,6)	39,8 (35,2 - 48,9)	42 (35,2 - 46,6)	0,97
Upornost (P)	36,3 (31,1 - 41,6)	37 (35 - 41,6)	36,3 (31,1 - 41,6)	**0,04**
Samo-vođenje (SD)	35,7 (29,75 - 41,75)	41,1 (35,7 - 45,43)	38,4 (31,7 - 43,7)	**< 0,001**
Suradnja (CO)	35,7 (31,5 - 39,2)	39,9 (33,95 - 44,35)	37,1 (32,9 - 42,6)	**0,001**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (33,8 - 44,9)	38,6 (33,8 - 44,9)	40,2 (33,8 - 44,9)	0,63
21. dan				

Izbjegavanje štete (HA)	62,4 (55 - 69,7)	55 (51,7 - 60,9)	57,9 (53,5 - 68,2)	< **0,001**
Traganje za novim (NS)	47,8 (42,8 - 60,4)	51,2 (44,5 - 57,8)	49,5 (42,8 - 59,5)	0,65
Ovisnost o nagradi (RD)	51,1 (42 - 56,9)	48,9 (42 - 55,7)	48,9 (42 - 55,7)	0,31
Upornost (P)	36,2 (31,1 - 41,3)	36,3 (36,3 - 46,8)	36,3 (36,3 - 41,6)	0,43
Samo-vođenje (SD)	39,7 (33,8 - 43,7)	45,1 (41,1 - 49,1)	42,4 (37,1 - 46,4)	< **0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (35 - 42,6)	43,3 (37,1 - 46,8)	39,9 (35,7 - 45,4)	**0,002**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (37 - 47,3)	41,7 (36,6 - 46,9)	41,7 (37 - 46,5)	0,93

*Mann Whitney U test

Kod ispitanika sa suicidalnim idejama ili pokušajem suicida, kod otpusta su značajno niže vrijednosti izbjegavanja štete (Wilcoxon test, $P < 0,001$), dok su značajno više vrijednosti ostalih dimenzija temperamenta i karaktera. Ispitanici bez suicidalnih ideja, kod otpusta imaju značajno nižu vrijednost izbjegavanja štete, dok su ostale dimenzije značajno više, jedno nema značajnih razlika u upornosti kod prijema i otpusta iz bolnice (Tablica 5.8).

Tablica 5.8. Značajnost razlika u osnovnim dimenzijama temperamenta i karaktera kod prijema i otpusta

	P vrijednost*	
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja
Izbjegavanje štete (HA) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Traganje za novim (NS) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Ovisnost o nagradi (RD) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Upornost (P) - 1. dan vs. 21. dan	**0,01**	0,88
Samo-vođenje (SD) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Suradnja (CO) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Nadilaženje samoga sebe (ST) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**

*Wilcoxon test

5.2.2. Osobine ličnosti kod ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda i ispitanika s bipolarnim afektivnim poremećajem - teška depresivna epizoda kod prijema i otpusta u skupini suicidalnih ispitanika

U skupini ispitanika sa suicidalnim idejama ili pokušajem suicida s depresivnim epizodama i povratnim depresivnim poremećajem, ispitanici imaju značajno više vrijednosti za izbjegavanje štete odnosno svega što izaziva tjelesnu ili psihičku bol (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), u upornosti (Mann Whitney U test, $p=0,005$) i u suradnji (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), dok značajno niže vrijednosti imaju u traganju za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$).

Kod otpusta ispitanici sa suicidalnim idejama ili pokušajem suicida s depresivnim epizodama i povratnim depresivnim poremećajem, imaju značajno više vrijednosti za izbjegavanje štete odnosno svega što izaziva tjelesnu ili psihičku bol (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), u dsamo-vođenju (Mann Whitney U test, $P = 0,002$) i u suradnji (Mann Whitney test, $P = 0,02$), dok značajno niže vrijednosti imaju u traganju za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.9.).

Tablica 5.9. Mjere sredine i raspršenja osnovnih dimenzija temperamenta i karaktera prema afektivnom poremećaju u skupini suicidalnih ispitanika

Suicidalni ispitanici	Medijan (interkvartilni raspon)			p*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	Ukupno	
1. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 71,2)	72,6 (63,8 - 77,1)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	38,6 (35,8 - 44,5)	52,8 (44,5 - 61,2)	44,5 (37,8 - 53,7)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (34,65 - 49,45)	42 (35,2 - 46,6)	42 (35,2 - 46,6)	0,19
Upornost (P)	37 (35,2 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	36,3 (31,1 - 41,6)	**0,005**
Samo-vođenje (SD)	40,4 (35,4 - 44,1)	31,7 (29,1 - 35,7)	35,7 (29,8 - 41,8)	**< 0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (32,2 - 41,2)	34,3 (31,5 - 38,5)	35,7 (31,5 - 39,2)	0,08
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2	37	40,2	0,13

	(37 - 43,7)	(30,6 - 46,5)	(33,8 - 44,9)	
21. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	69,7 (68,2 - 74,1)	56,5 (53,5 - 60,9)	62,4 (55 - 69,7)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	42,8 (39,1 - 46,2)	59,5 (51,2 - 64,5)	47,8 (42,8 - 60,4)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	48,9 (42 - 55,7)	53,4 (46,6 - 58)	51,1 (42 - 56,9)	0,09
Upornost (P)	36,3 (31,1 - 46,8)	36,3 (36,3 - 41,6)	36,3 (31,1 - 41,6)	0,21
Samo-vođenje (SD)	42,4 (38,1 - 45,1)	35,7 (33,1 - 39,7)	39,7 (33,8 - 43,7)	**0,002**
Suradnja (CO)	37,1 (33,6 - 39,9)	41,2 (38,4 - 44)	38,5 (35 - 42,6)	**0,02**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (38,2 - 43,7)	43,3 (35,4 - 52,9)	41,7 (37 - 47,3)	0,21

*Mann Whitney U test

U skupini ispitanika sa suicidalnim idejama ili pokušajem, kod onih koji imaju bipolarni poremećaj - tešku depresivnu epizodu, značajne su promjene u svim dimenzijama temperamenta i karaktera kod otpusta (Wilcoxon test, $P < 0,001$), dok kod ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda, značajno je smanjenje vrijednosti kod izbjegavanja štete (Wilcoxon test, $P < 0,001$), dok su značajna povećanja vrijednosti kod traganja za novim, ovisnosti o nagradi te samo-vođenju (Wilcoxon test, $P < 0,001$) (Tablica 5.10).

Tablica 5.10. Značajnost razlika u osnovnim dimenzijama temperamenta i karaktera kod prijema i otpusta u skupini suicidalnih ispitanika

Suicidalni ispitanici	P vrijednost*	
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda
Izbjegavanje štete (HA) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Traganje za novim (NS) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Ovisnost o nagradi (RD) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Upornost (P) - 1. dan vs. 21. dan	0,37	< **0,001**
Samo-vođenje (SD) - 1. dan vs. 21. dan	< **0,001**	< **0,001**
Suradnja (CO) - 1. dan vs. 21. dan	0,25	< **0,001**
Nadilaženje samoga sebe (ST) - 1. dan vs. 21. dan	0,23	< **0,001**

*Wilcoxon test

5.2.3. Osobine ličnosti kod ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda i ispitanika s bipolarnim afektivnim poremećajem - teška depresivna epizoda mjerene kod prijema i otpusta u skupini nesuicidalnih ispitanika

U skupini ispitanika bez suicidalnih ideja ili pokušaja suicida ispitanici s bipolarnim poremećajem- teška depresivna epizoda imaju značajno niže vrijednosti u traganju za novim (Mann Whitney U test, $P = 0,02$) i u nadilaženju samog sebe (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), dok su značajno više vrijednosti u ovisnosti o nagradi (Mann Whitney U test, $P = 0,03$). Kod otpusta ispitanici s bipolarnim poremećajem imaju značajno višu vrijednost kod izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P = 0,001$), dok su značajno niže vrijednosti traganja za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), samo-vođenjem (Mann Whitney U test, $P = 0,01$) i nadilaženjem samog sebe (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.11).

Tablica 5.11. Mjere sredine i raspršenja osnovnih dimenzija temperamenta i karaktera prema afektivnom poremećaju u skupini nesuicidalnih ispitanika

Nesuicidalni ispitanici	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	Ukupno	
1. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	62,4 (58,3 - 66,4)	63,8 (59,0 - 69,7)	63,1 (59,0 - 68,2)	0,23
Traganje za novim (NS)	53,6 (44,1 - 57,4)	45,4 (39,1 - 51,2)	47 (40,8 - 53,2)	**0,02**
Ovisnost o nagradi (RD)	35,2 (31,3 - 46,6)	44,3 (37,5 - 49,5)	39,8 (35,2 - 48,9)	**0,03**
Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	38,9 (31,1 - 46,8)	36,3 (35 - 41,6)	0,72
Samo-vođenje (SD)	43,7 (39,1 - 46,4)	39,7 (34,1 - 45,1)	41,1 (35,7 - 45,4)	0,11
Suradnja (CO)	38,5 (33,2 - 43,6)	40,6 (33,9 - 45,4)	39,9 (33,9 - 44,4)	0,81
Nadilaženje samoga sebe (ST)	44,9 (39 - 51,3)	34,6 (32,2 - 40,6)	38,6 (33,8 - 44,9)	< **0,001**
21. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	52,1 (50,6 - 54,6)	57,2 (53,5 - 62,8)	55 (51,7 - 60,9)	**0,001**
Traganje za novim (NS)	59,5 (54,4 - 64,1)	47,8 (42,4 - 53,2)	51,2 (44,5 - 57,8)	< **0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	50 (44,3 - 59,7)	47,8 (39,8 - 53,4)	48,9 (42 - 55,7)	0,26
Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	36,3 (31,1 - 46,8)	36,3 (36,3 - 46,8)	0,79
Samo-vođenje (SD)	47,7 (45,1 - 50,4)	43,7 (39,4 - 48,1)	45,1 (41,1 - 49,1)	**0,04**
Suradnja (CO)	45,4 (40,2 - 49,3)	41,9 (35,4 - 45,4)	43,3 (37,1 - 46,8)	**0,01**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	48,9 (43,7 - 55,6)	38,6 (33,8 - 42,1)	41,7 (36,6 - 46,9)	< **0,001**

*Mann Whitney U test

Značajne su promjene u osnovnim dimenzijama temperamenta i karaktera kod nesuicidalnih ispitanika, i u skupini s povratnim depresivnim poremećajem i u skupini s bipolarnim

poremećajem, osim u upornosti, gdje nema statistički značajne razlike kod prijema i otpusta (Tablica 5.12).

Tablica 5.12. Značajnost razlika u osnovnim dimenzijama temperamenta i karaktera kod prijema i otpusta u skupini nesuicidalnih ispitanika

Nesuicidalni ispitanici	P vrijednost*	
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda
Izbjegavanje štete (HA) - 1. dan vs. 21. dan	**< 0,001**	**< 0,001**
Traganje za novim (NS) - 1. dan vs. 21. dan	**< 0,001**	**0,001**
Ovisnost o nagradi (RD) - 1. dan vs. 21. dan	**< 0,001**	**< 0,001**
Upornost (P) - 1. dan vs. 21. dan	> 0,99	0,88
Samo-vođenje (SD) - 1. dan vs. 21. dan	**0,001**	**< 0,001**
Suradnja (CO) - 1. dan vs. 21. dan	**< 0,001**	**0,02**
Nadilaženje samoga sebe (ST) - 1. dan vs. 21. dan	**< 0,001**	**0,004**

*Wilcoxon test

5.3. Specifične osobine ličnosti prema težini depresije (HAM-D ljestvica) kod prijema i otpusta u oboljelih od afektivnih poremećaja kod suicidalnih ispitanika

Po primitku svi suicidalni ispitanici imaju vrlo tešku depresiju. Kod otpusta najviše suicidalnih ispitanika ima tešku depresiju, njih 23 (37,7 %), umjerenu njih 19 (31,1 %), a vrlo tešku 16 (26,2 %) ispitanika.

Nema značajnih razlika u raspodjeli suicidalnih ispitanika kod otpusta prema jačini depresije i prema afektivnom poremećaju (Tablica 5.13).

Tablica 5.13. Raspodjela suicidalnih ispitanika prema stupnju depresije (HAM-D) kod otpusta

Suicidalni ispitanici kod otpusta	Broj (%) suicidalnih ispitanika			P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	Ukupno	
Blaga depresija	1 (3,3)	2 (6,5)	3 (4,9)	0,50
Umjerena depresija	7 (23,3)	12 (38,7)	19 (31,1)	
Teška depresija	12 (40)	11 (35,5)	23 (37,7)	
Vrlo teška depresija	10 (33,3)	6 (19,4)	16 (26,2)	
Ukupno	30 (100)	31 (100)	61 (100)	

*χ^2 test

U skupini suicidalnih ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda pri prijemu svi ispitanici imaju tešku depresiju, a najveća vrijednost temperamenta i karaktera je u izbjegavanju štete, medijana 76,4 (interkvartilnog raspona od 74,1 do 78,5), a najniža u upornosti, medijana 36,3 (interkvartilnog raspona od 35,2 do 46,8).

Kod otpusta značajno su više vrijednosti upornosti, medijana 46,8 (interkvartilnog raspona od 37,6 do 46,8) kod ispitanika sa blagom i umjerenom depresijom u odnosu na ispitanike s s teškom i vrlo teškom depresijom (Kruskal Wallis test, P = 0,04).

U ostalim dimenzije temperamenta i karaktera nema značajnih razlika prema stupnju depresije kod otpusta (Tablica 5.14).

Kod suicidalnih ispitanika s bipolarnim poremećajem - teškom depresivnom epizodom kod otpusta značajno su više vrijednosti upornosti, medijana 41,7 (interkvartilnog raspona od 36,3 do 46,8) kod ispitanika sa vrlo teškom depresijom, u odnosu na one s blagom i umjerenom depresijom i teškom depresijom (Kruskal Wallis test, P = 0,02).

U ostalim dimenzije temperamenta i karaktera nema značajnih razlika prema stupnju depresije kod otpusta (Tablica 5.15).

Tablica 5.14. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera prema jačini depresije kod prijema i otpusta u skupini suicidalnih ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda

Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Medijan (interkvartilni raspon) prema HAM-D ljestvici			P*
	Blaga i umjerena depresija	Teška depresija	Vrlo teška depresija	
1. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	-	-	76,4 (74,1 - 78,5)	-
Traganje za novim (NS)	-	-	38,7 (35,8 - 44,5)	-
Ovisnost o nagradi (RD)	-	-	44,3 (34,7 - 49,5)	-
Upornost (P)	-	-	36,3 (35,2 - 46,8)	-
Samo-vođenje (SD)	-	-	40,4 (35,4 - 44,1)	-
Suradnja (CO)	-	-	38,5 (32,2 - 41,2)	-
Nadilaženje samoga sebe (ST)	-	-	40,2 (37 - 43,7)	-
21. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	70,5 (62,7 - 73,7)	69,7 (67,2 - 71,2)	73,4 (68,2 - 75,6)	0,46
Traganje za novim (NS)	42,8 (41,6 - 46,6)	42 (39,5 - 45,4)	40,4 (35,4 - 46,6)	0,53
Ovisnost o nagradi (RD)	52,3 (48,9 - 55,1)	42 (38,1 - 55,7)	45,5 (43,7 - 56,3)	0,20
Upornost (P)	46,8 (37,6 - 46,8)	31,1 (31,1 - 45,5)	33,7 (31,1 - 37,6)	**0,04**
Samo-vođenje (SD)	41,8 (40,1 - 45,1)	41,1 (35,1 - 46,7)	43,1 (38,8 - 45,4)	0,49
Suradnja (CO)	37,1 (31,5 - 42,6)	36,4 (34,7 - 38,2)	39,9 (33,3 - 43)	0,70
Nadilaženje samoga sebe (ST)	44,1 (39,4 - 47,7)	41 (33 - 42,9)	39,4 (38,2 - 40,6)	0,09

*Kruskal Wallis test

Tablica 5.15. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera prema jačini depresije (HAM-D ljestvica) kod prijema i otpusta u skupini suicidalnih ispitanika s bipolarnim poremećajem - teška depresivna epizoda

Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	Medijan (interkvartilni raspon) prema HAM-D ljestvici			P*
	Blaga i umjerena depresija	Teška depresija	Vrlo teška depresija	
1. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	-	-	65,3 (59,4 - 71,2)	-
Traganje za novim (NS)	-	-	52,8 (44,5 - 61,2)	-
Ovisnost o nagradi (RD)	-	-	42 (35,2 - 46,6)	-
Upornost (P)	-	-	36,3 (31,1 - 36,3)	-
Samo-vođenje (SD)	-	-	31,7 (29,1 - 35,7)	-
Suradnja (CO)	-	-	34,3 (31,5 - 38,5)	-
Nadilaženje samoga sebe (ST)	-	-	37 (30,6 - 46,5)	-
21. dan				
Izbjegavanje štete (HA)	55 (52,1 - 55,4)	57,9 (52,1 - 63,8)	62,4 (60,2 - 65,3)	0,26
Traganje za novim (NS)	61,2 (50,8 - 66,6)	64,5 (57,8 - 66,2)	53,7 (48,7 - 59,1)	0,60
Ovisnost o nagradi (RD)	54,6 (40,3 - 62,5)	53,4 (48,9 - 58)	53,4 (48,3 - 58)	0,96
Upornost (P)	41,5 (36,3 - 41,6)	36,3 (36,3 - 36,3)	41,7 (36,3 - 46,8)	**0,02**
Samo-vođenje (SD)	35,7 (32,8 - 39,1)	35,7 (31,7 - 39,7)	39,1 (32,1 - 43,7)	0,85
Suradnja (CO)	39,9 (34,7 - 44,4)	42,6 (41,2 - 45,4)	39,2 (37,1 - 41,2)	0,17
Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (33,8 - 54,8)	49,7 (40,2 - 52,9)	40,2 (37,4 - 43,7)	0,38

*Kruskal Wallis test

Kod prijema u skupini s vrlo teško depresijom značajne su razlike između ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem i bipolarnim poremećajem u dimenzijama izbjegavanja štete, traganja za novim, upornosti i samo-vođenja.

Kod otpusta, u skupinama prema jačini depresije, značajne su razlike između ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem i bipolarnim poremećajem u dimenzijama izbjegavanja štete, traganja za novim, dok je razlika u samo-vođenju kod blage i umjerene depresije; suradnja i nadilaženje samog sebe kod teške depresije i upornost kod vrlo teške depresije (Tablica 5.16).

Tablica 5.16. Značajnost razlika u osnovnim dimenzijama temperamenta i karaktera kod prijema i otpusta prema afektivnom poremećaju i stupnju depresije

	P* vrijednost		
	Blaga i umjerena depresija	Teška depresija	Vrlo teška depresija
1. dan			
Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda vs. Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda			
Izbjegavanje štete (HA)	-	-	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	-	-	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	-	-	0,19
Upornost (P)	-	-	**0,005**
Samo-vođenje (SD)	-	-	**< 0,001**
Suradnja (CO)	-	-	0,08
Nadilaženje samoga sebe (ST)	-	-	0,13
21. dan			
Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda vs. Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda			
Izbjegavanje štete (HA)	**< 0,001**	**0,002**	**0,01**
Traganje za novim (NS)	**< 0,001**	**< 0,001**	**0,003**
Ovisnost o nagradi (RD)	0,89	0,10	0,30
Upornost (P)	0,12	0,28	**0,03**
Samo-vođenje (SD)	**0,01**	0,12	0,19
Suradnja (CO)	0,49	**0,006**	0,83
Nadilaženje samoga sebe (ST)	0,43	**0,02**	0,62

*Mann Whitney U test

5.4. Povezanost težine depresije (HAM-D) s karakteristikama suicidalnog pokušaja/ suicidalnosti (C-SSRS)

5.4.1. Težina depresije (HAM-D) i karakteristike suicidalnog pokušaja/ suicidalnosti (C-SSRS) kod prijema

Svi ispitanici kod prijema žele da su mrtvi i imaju neodređene aktivne misli o suicidu, njih 58 (95,1 %) aktivno zamišlja samoubojstvo s planom i namjerom (Tablica 5.17).

Tablica 5.17. Ispitanici prema zamišljanju samoubojstva kod prijema

Zamišljanje samoubojstva kod prijema	Broj (%) ispitanika Vrlo teška depresija
Žele da su mrtvi	61 (100)
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	61 (100)
Aktivno zamišljaju bez namjere	34 (55,7)
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	56 (91,8)
Aktivno zamišljanje samoubojstva s planom i namjerom	58 (95,1)

S obzirom na učestalost zamišljanja samoubojstva, njih 30 (49,2 %) navodi da zamišljaju svaki dan ili skoro svaki dan, a trajanje suicidalnih misli je za 32 (52,5 %) ispitanika od 4 - 8 sati/ većinu vremena. Svoje misli ne može kontrolirati 32 (52,5 %) ispitanika. Za 37 (60,7 %) ispitanika razlozi za nepočinjenje suicida (u tablicama označeno kao „NE-razlozi za suicid“) nisu primjenjivi odnosno niti jedan od ponuđenih razloga za ne počinjenje suicidalnog pokušaja se ne odnosi na tu skupinu ispitanika.

Najčešći razlog zamišljanja suicida je za 17 (27,9 %) ispitanika uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih ili da jednako dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol (Tablica 5.18).

Kod primitka su svi ispitanici imali stvarni pokušaj suicida, za 28 (45,9 %) ispitanika to je bilo namjerno samootrovanje i izlaganje antiepilepticima, sedativima-hipnosticima, antiparkinsoncima i psihotropnim lijekovima, nesvrstanim drugamo (X61.0).

Do prijema je 19 (31,1 %) ispitanika imalo već jedan pokušaj, a njih 5 (8,2 %),od pet do sedam pokušaja samoubojstva. Najviše ispitanika, njih 28 (45,9 %), pripremalo se na samoubojstvo na način da kupuju i skupljaju tablete. Suicidalno ponašanje tijekom procjene

su imali svi ispitanici. Niti jednom nije odustalo od pokušaja samoubojstva 46 (75,4 %) ispitanika (Tablica 5.19).

Tablica 5.18. Ispitanici prema intenzitetu zamišljanja samoubojstva kod prijema (svi ispitanici imaju vrlo tešku depresiju prema HAM-D ljestvici)

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema	Broj (%) ispitanika Vrlo teška depresija
Učestalost	
2 - 5x tjedno	5 (8,2)
svaki dan ili skoro svaki dan	30 (49,2)
puno puta svakog dana	26 (42,6)
Trajanje suicidalnih misli	
manje od 1 sata / neko vrijeme	1 (1,6)
1 - 4 sata / puno vremena	11 (18)
4 - 8 sati / većinu dana	32 (52,5)
više od 8 sati / dugo ili neprekidno	17 (27,9)
Sposobnost kontroliranja misli	
niti ne pokušava	17 (27,9)
može kontrolirati uz dosta poteškoća	3 (4,9)
može kontrolirati uz puno poteškoća	9 (14,8)
ne može kontrolirati svoje misli	32 (52,5)
NE - razlozi za suicid	
nije primjenjivo	37 (60,7)
ti razlozi su vas sigurno spriječili u suicidu	1 (1,6)
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	3 (4,9)
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	7 (11,5)
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	13 (21,3)
Razlozi zamišljanja suicida	
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	17 (27,9)
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	17 (27,9)
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	15 (24,6)
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	12 (19,7)

Tablica 5.19. Ispitanici prema suicidalnom ponašanju kod prijema (svi ispitanici imaju vrlo tešku depresiju prema HAM-D ljestvici)

Suicialno ponašanje kod prijema	Broj (%) ispitanika Vrlo teška depresija
Stvarni pokušaj suicida kod procjene	61 (100)
Način trenutnog pokušaja suicida	
Namjerno samootrovanje i izlaganje antiepilepticima, sedativima-hipnosticima, antiparkinsoncima i psihotropnim lijekovima, nesvrstanim drugamo (X61.0)	28 (45,9)
Namjerno samootrovanje i izlaganje drugim i nespecificiranim lijekovima, ljekovitim i biološkim tvarima (X64.0)	16 (26,2)
Namjerno samoozljeđivanje vješanjem, davljenjem i ugušenjem (X70.0)	14 (23)
Namjerno samoozljeđivanje utapanjem i potapanjem (X71.0)	1 (1,6)
Namjerno samoozljeđivanje oštrim predmetom (X78.0)	2 (3,3)
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja samoubojstva (od početka liječenja uopće)	
1	19 (31,1)
2	17 (27,9)
3	12 (19,7)
4	8 (13,1)
5	4 (6,6)
7	1 (1,6)
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	23 (37,7)
Odustajanje od pokušaja samoubojstva	3 (4,9)
Pripremanje samoubojstva	
kupovanje i skupljanje tableta	28 (45,9)
pisanje oproštajnog pisma	18 (29,5)
pripremanje drugih mehaničkih sredstava za samoubojstvo (uže, hladno oružje)	15 (24,6)
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	61 (100)
Broj odustajanja od pokušaja suicida	
0	46 (75,4)
1	11 (18)
2	4 (6,6)

Ispitanici su većinom, njih 35 (57,4 %) imali umjereno tjelesno oštećenje, a za 13 (21,3 %) ispitanika koji su imali umjereno teško tjelesno oštećenje potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega prema C-SSRS. Kod procjene potencijalne smrtnosti, za 3 (4,9 %) ispitanika ponašanje je takvo da će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt (Tablica 5.20).

Tablica 5.20. Ispitanici prema stvarnom pokušaju samoubojstva kod prijema (svi ispitanici imaju vrlo tešku depresiju prema HAM-D ljestvici)

Stvarni pokušaj samoubojstva (1. dan)	Broj (%) ispitanika Vrlo teška depresija
Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje	
bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	1 (1,6)
manje tjelesno oštećenje	12 (19,7)
umjereno tjelesno oštećenje	35 (57,4)
umjereno teško tjelesno oštećenje, potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega	13 (21,3)
Potencijalna smrtnost	
ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	2 (3,3)
ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	3 (4,9)
nije primjenjivo	56 (91,8)

5.4.2. Povezanost težine depresije (HAM-D) s karakteristikama suicidalnog pokušaja/ suicidalnosti (C-SSRS) kod otpusta

Nema značajnih razlika u broju ispitanika prema zamišljanju samoubojstva kod otpusta prema jačini depresije (Tablica 5.21).

Tablica 5.21. Ispitanici prema zamišljanju samoubojstva i jačini depresije kod otpusta

Zamišljanje samoubojstva kod otpusta	Broj (%) ispitanika prema jačini depresije				P*
	Slaba i srednja	Izražena	Jako izražena	Ukupno	
Žele da su mrtvi	5 (22,7)	9 (39,1)	8 (50)	22 (36,1)	0,21
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	21 (95,5)	23 (100)	16 (100)	60 (98,4)	0,36
Aktivno zamišljaju bez namjere	6 (27,3)	12 (52,2)	10 (62,5)	28 (45,9)	0,08
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	1 (4,5)	1 (4,3)	1 (6,3)	3 (4,9)	> 0,99

*χ^2 test

Veća je učestalost zamišljanja samoubojstva kod ispitanika s vrlo teškom depresijom (χ^2 test, P = 0,01), kao i trajanje suicidalnih misli (χ^2 test, P = 0,04), dok u ostalim komponentama intenziteta zamišljanja nema značajnih razlika prema jačini depresije (Tablica 5.22).

Tablica 5.22. Ispitanici prema intenzitetu zamišljanju samoubojstva i jačini depresije kod otpusta

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta	Broj (%) ispitanika prema jačini depresije				P
	Blaga i umjerena	Teška	Vrlo teška	Ukupno	
Učestalost					
manje od 1x tjedno	8 (36,3)	4 (17,4)	0	12 (19,6)	**0,01**
jednom tjedno	9 (40,9)	8 (34,8)	4 (25)	21 (34,4)	
2 - 5x tjedno	2 (9,1)	10 (43,5)	8 (50)	20 (32,8)	
svaki dan ili skoro svaki dan	3 (13,6)	1 (4,3)	4 (25)	8 (13,1)	
Trajanje suicidalnih misli					
kratko, nekoliko sekundi ili minuta	11 (50)	5 (21,7)	1 (6,3)	17 (27,8)	**0,04**
manje od 1 sata / neko vrijeme	7 (31,8)	13 (56,5)	7 (43,8)	27 (44,3)	
1 - 4 sata / puno vremena	4 (18,2)	5 (21,7)	8 (50)	17 (27,9)	
Sposobnost kontroliranja misli					
lako može kontrolirati misli	3 (13,6)	1 (4,3)	0 (0)	4 (6,6)	0,32
može kontrolirati uz manje poteškoće	8 (36,4)	7 (30,4)	2 (12,5)	17 (27,9)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	6 (27,3)	8 (34,8)	7 (43,8)	21 (34,4)	
može kontrolirati uz puno poteškoća	5 (22,7)	7 (30,4)	7 (43,8)	19 (31,1)	
NE - razlozi za suicid					
ti razlozi su vas vjerojatno spriječili u suicidu	0	1 (4,3)	2 (12,5)	3 (4,9)	0,18
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	8 (36,4)	12 (52,2)	4 (25)	24 (39,3)	
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	8 (36,4)	9 (39,1)	7 (43,8)	24 (39,3)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	6 (27,3)	1 (4,3)	3 (18,8)	10 (16,4)	
Razlozi zamišljanja suicida					
nije primjenjivo	1 (4,5)	0	0	1 (1,6)	0,28
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	7 (31,8)	4 (17,4)	4 (25)	15 (24,6)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	7 (31,8)	7 (30,4)	4 (25)	18 (29,5)	
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	6 (27,3)	6 (26,1)	2 (12,5)	14 (23)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	1 (4,5)	6 (26,1)	6 (37,5)	13 (21,3)	

*χ^2 test

Kod otpusta suicidalno ponašanje tijekom procjene imalo je samo 8 (13,1 %) ispitanika, a nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja njih 20 (32,8 %). Kod suicidalnog ponašanja prilikom otpusta nema značajnih razlika prema jačini depresije (Tablica 5.23).

Tablica 5.23. Ispitanici prema suicidalnom ponašanju i jačini depresije kod otpusta

Suicialno ponašanje kod otpusta	Broj (%) ispitanika prema jačini depresije				P*
	Blaga i umjerena	Teška	Vrlo teška	Ukupno	
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida					
1	5 (22,7)	9 (39,1)	5 (31,3)	19 (31,1)	0,14
2	7 (31,8)	4 (17,4)	6 (37,5)	17 (27,9)	
3	3 (13,6)	8 (34,8)	1 (6,3)	12 (19,7)	
4	4 (18,2)	1 (4,3)	3 (18,8)	8 (13,1)	
5	3 (13,6)	1 (4,3)	0	4 (6,6)	
7	0	0	1 (6,3)	1 (1,6)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	7 (31,8)	9 (39,1)	4 (25)	20 (32,8)	0,66
Pripremanje samoubojstva					
kupovanje i skupljanje tableta	1 (4,5)	2 (8,7)	1 (6,3)	4 (6,6)	0,88
pisanje oproštajnog pisma	2 (9,1)	1 (4,3)	1 (6,3)	4 (6,6)	
davanje svojih vrijednosti drugima	0 (0)	2 (8,7)	0	2 (3,3)	
ne priprema	19 (86,4)	18 (78,3)	14 (87,5)	51 (83,6)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	3 (13,6)	3 (13)	2 (12,5)	8 (13,1)	> 0,99
Broj odustajanja od pokušaja suicida					
0	15 (68,2)	17 (73,9)	14 (87,5)	46 (75,4)	0,67
1	5 (22,7)	5 (21,7)	1 (6,3)	11 (18)	
2	2 (9,1)	1 (4,3)	1 (6,3)	4 (6,6)	
Ukupno	22 (100)	23 (100)	16 (100)	61 (100)	

*χ^2 test

Svi ispitanici su prilikom otpusta bez tjelesnog oštećenja ili imaju vrlo malo oštećenje, dok kod procjene smrtnosti njih 16 (26,2 %) ima ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi, a 39 (63,9 %) ispitanika, imaju ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt.

Nema značajnih razlika u stvarnoj smrtnosti ili u procjeni potencijalne smrtnosti prema jačini depresije (Tablica 5.24).

Tablica 5.24. Ispitanici prema stvarnom pokušaju samoubojstva i jačini depresije kod otpusta

Stvarni pokušaj samoubojstva kod otpusta	Broj (%) ispitanika prema jačini depresije				P*
	Blaga i umjerena	Teška	Vrlo teška	Ukupno	
Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje					
bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	22 (100)	23 (100)	16 (100)	61 (100)	-
Potencijalna smrtnost					
ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	5 (22,7)	1 (4,3)	0	6 (9,8)	
ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	12 (54,5)	18 (78,3)	9 (56,3)	39 (63,9)	0,06
ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi	5 (22,7)	4 (17,4)	7 (43,8)	16 (26,2)	
Ukupno	22 (100)	23 (100)	16 (100)	61 (100)	

*χ^2 test

5.5. Intenzitet i razina suicidalnog rizika temeljem karakteristika ličnosti

5.5.1. Zamišljanje samoubojstva

Ispitanici koji žele da su mrtvi, a imaju povratni depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, kod prijema značajno imaju više vrijednosti izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i samo-vođenje (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), a ispitanici s bipolarnim poremećajem traganje za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i upornost (Mann Whitney U test, $P = 0,005$).

Kod otpusta ispitanici s povratnim depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, imaju značajno imaju više vrijednosti izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i samo-vođenje (Mann Whitney U test, $P = 0,001$), a ispitanici s bipolarnim poremećajem traganje za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i upornost (Mann Whitney U test, $P = 0,03$ i suradnju (Mann Whitney U test, $P = 0,03$) (Tablica 5.25).

Tablica 5.25. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika koji žele da su mrtvi prema afektivnom poremećaju kod prijema i otpusta

Žele da su mrtvi	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 71,2)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	38,7 (35,8 - 44,5)	52,8 (44,5 - 61,2)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (34,7 - 49,5)	42 (35,2 - 46,6)	0,19
Upornost (P)	36,3 (35,2 - 46,8)	36,5 (31,1 - 36,3)	**0,005**
Samo-vođenje (SD)	40,4 (35,4 - 44,1)	31,7 (29,1 - 35,7)	**< 0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (32,2 - 41,2)	34,3 (31,5 - 38,5)	0,08
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,7)	37 (30,6 - 46,5)	0,13
21. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	69,7 (64,6 - 73,4)	59,4 (55 - 65,3)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	41,2 (36,2 - 47,9)	57,8 (50,4 - 64,5)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	42 (36,4 - 56,9)	55,7 (53,4 - 59,1)	0,07
Upornost (P)	31,1 (28,5 - 46,8)	36,3 (36,3 - 41,6)	**0,03**
Samo-vođenje (SD)	42,4 (41,8 - 45,1)	37,1 (33,1 - 42,4)	**0,001**
Suradnja (CO)	37,1 (30,8 - 39,9)	41,2 (38,5 - 44,7)	**0,03**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (31,4 - 44,1)	44,9 (39,4 - 55,2)	0,11

*Mann Whitney U test

Ispitanici koji imaju neodređene aktivne misli o suicidu, a imaju povratni depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, kod prijema značajno imaju više vrijednosti izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i samo-vođenje (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), a ispitanici s bipolarnim poremećajem traganje za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i upornost (Mann Whitney U test, $P = 0,005$).

Kod otpusta ispitanici s povratnim depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, imaju značajno imaju više vrijednosti izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i samo-vođenje (Mann Whitney U test, $P = 0,001$), a ispitanici s bipolarnim poremećajem traganje za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.26).

Tablica 5.26. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika koji imaju neodređene aktivne misli o suicidu prema afektivnom poremećaju kod prijema i otpusta

Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 71,2)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	38,7 (35,8 - 44,5)	52,8 (44,5 - 61,2)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (34,7 - 49,5)	42 (35,2 - 46,6)	0,19
Upornost (P)	36,3 (35,2 - 46,8)	36,5 (31,1 - 36,3)	**0,005**
Samo-vođenje (SD)	40,4 (35,4 - 44,1)	31,7 (29,1 - 35,7)	**< 0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (32,2 - 41,2)	34,3 (31,5 - 38,5)	0,08
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,7)	37 (30,6 - 46,5)	0,13
21. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	69,7 (68,2 - 74,1)	56,5 (53,5 - 61,3)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	42,8 (39,1 - 46,2)	60,4 (51,2 - 64,9)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	48,9 (42 - 55,7)	53,4 (46,6 - 58,6)	0,23
Upornost (P)	36,3 (31,1 - 46,8)	36,3 (36,3 - 41,6)	0,007
Samo-vođenje (SD)	42,4 (38,1 - 45,1)	35,7 (32,8 - 40,1)	**< 0,001**
Suradnja (CO)	37,1 (33,6 - 39,9)	41,2 (38,5 - 44)	0,10
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (38,2 - 43,7)	44,1 (35,4 - 52,9)	0,18

*Mann Whitney U test

Ispitanici koji aktivno zamišljaju suicid bez namjere, a imaju povratni depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, kod prijema imaju značajno više vrijednosti svih komponenti karaktera ličnosti, osim u ovisnosti o nagradi, kad su vrijednosti podjednake prema afektivnom poremećaju.

Kod otpusta ispitanici s povratnim depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, imaju značajno imaju više vrijednosti izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i samo-vođenje (Mann Whitney U test, $P = 0,02$), a ispitanici s bipolarnim poremećajem traganje za novim (Mann Whitney U test, $P = 0,002$) (Tablica 5.27).

Tablica 5.27. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika koji aktivno zamišljaju suicid bez namjere prema afektivnom poremećaju kod prijema i otpusta

Aktivno zamišljaju samoubojstvo bez namjere	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (73 - 81,1)	65,3 (59,4 - 71,2)	**0,002**
Traganje za novim (NS)	37,8 (32,8 - 43,3)	49,5 (42,8 - 59,5)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	43,2 (35,8 - 50,6)	42 (33 - 44,3)	0,26
Upornost (P)	39 (32,9 - 46,8)	31,1 (31,1 - 36,3)	**0,01**
Samo-vođenje (SD)	37,8 (33,4 - 44,4)	31,7 (29,1 - 35,7)	**0,02**
Suradnja (CO)	39,9 (31,5 - 41,2)	32,9 (28,8 - 35,7)	**0,04**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,8 (37 - 52,4)	32,2 (30,6 - 46,5)	**0,04**
21. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	70,5 (67,9 - 74,5)	57,9 (55 - 61,3)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	42,8 (39,5 - 46,6)	60,4 (50,8 - 63,7)	**0,002**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (40,3 - 54)	53,4 (45,5 - 56,3)	0,85
Upornost (P)	33,7 (29,8 - 46,8)	39 (36,3 - 41,6)	0,07
Samo-vođenje (SD)	42,4 (31,7 - 45,4)	37,8 (32,8 - 41,8)	**0,02**
Suradnja (CO)	37,1 (33,6 - 38,9)	41,2 (39,5 - 42,6)	0,55
Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (34,6 - 41,7)	44,9 (39,8 - 50,9)	0,96

*Mann Whitney U test

Ispitanici koji aktivno zamišljaju suicid s ponekom namjerom, a imaju povratni depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, kod prijema imaju značajno više vrijednosti izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), upornosti (Mann Whitney U test, $P = 0,002$), i samo-vođenja (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), dok ispitanici s bipolarnim poremećajem značajno više vrijednosti kod prijema imaju u traganju za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$).

Kod otpusta samo jedan ispitanik s povratnim depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda ima aktivno zamišljanje samoubojstva s ponekom namjerom, stoga ne možemo odrediti postojanje razlika u odnosu na ispitanike s bipolarnim poremećajem - teška depresivna epizoda (Tablica 5.28).

Tablica 5.28. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika koji aktivno zamišljaju samoubojstvo s ponekom namjerom prema afektivnom poremećaju kod prijema i otpusta

Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 71,2)	**< 0,001**
Traganje za novim (NS)	38,7 (37,4 - 42)	52,8 (44,1 - 61,2)	**< 0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (36,9 - 49,5)	42 (36,9 - 46,6)	0,17
Upornost (P)	39 (36,3 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,002**
Samo-vođenje (SD)	39,7 (34,1 - 44,1)	31,1 (28,8 - 35,7)	**< 0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (32,9 - 41,2)	35 (31,5 - 38,5)	0,07
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,7)	38,6 (30,6 - 46,9)	0,20
21. dan	(N = 1)		
Izbjegavanje štete (HA)	69,7	61,7 (45,7 - 54,9)	-
Traganje za novim (NS)	49,5	48,7 (35,9 - 45,2)	-
Ovisnost o nagradi (RD)	35,2	55,7 (41,8 - 49,8)	-
Upornost (P)	25,8	41,6 (27,2 - 43,2)	-
Samo-vođenje (SD)	43,7	37,1 (24,8 - 38,9)	-
Suradnja (CO)	31,5	41,2 (30,9 - 39)	-
Nadilaženje samoga sebe (ST)	30,6	41,8 (29 - 41,7)	-

*Mann Whitney U test

Kod prijema ispitanici koji aktivno zamišljaju samoubojstvo s planom i namjerom, a imaju povratni depresivni poremećaj s teškom depresivnom epizodom, kod prijema imaju značajno više vrijednosti izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), upornosti (Mann Whitney U test, $P = 0,005$), i samo-vođenja (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), dok ispitanici s bipolarnim poremećajem značajno više vrijednosti kod prijema imaju u traganju za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$).

Kod otpusta niti jedan ispitanik ne zamišlja aktivno samoubojstvo s planom i namjerom (Tablica 5.29).

Tablica 5.29. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika koji aktivno zamišljaju samoubojstvo s planom i namjerom prema afektivnom poremećaju kod prijema i otpusta

Aktivno zamišljanje samoubojstva s planom i namjerom	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 71,2)	< **0,001**
Traganje za novim (NS)	37,8 (34,5 - 41,2)	52,8 (44,5 - 61,2)	< **0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (35,2 - 51,1)	42 (35,2 - 46,6)	0,15
Upornost (P)	36,7 (36,3 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,005**
Samo-vođenje (SD)	41,1 (37,1 - 45,1)	31,7 (29,1 - 35,7)	< **0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (32,9 - 41,2)	34,3 (31,5 - 38,5)	0,09
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,3)	37 (30,6 - 46,5)	0,18

*Mann Whitney U test

5.5.2. Intenzitet zamišljanja samoubojstva prema karakteristikama ličnosti

Nema značajnih razlika, kod prijema, prema afektivnom poremećaju, kod ispitanika kojima je učestalost suicidalnih misli 2 - 5 puta tjedno u ovisnosti o nagradi, suradnji i nadilaženju samog sebe; kod onih kojima je učestalost suicidalnih misli puno puta svakog dana nema značajnih razlika u ovisnosti o nagradi, samo-vođenju, suradnji i nadilaženju samog sebe.

Kod otpusta, ispitanici kojima je učestalost suicidalnih misli jednom ili manje od jednom tjedno ne razlikuju se značajno s obzirom na afektivan poremećaj samo kod suradnje; a ispitanici kojima je kod otpusta učestalost suicidalnih misli 2 - 5 puta tjedno, svaki dan ili skoro svaki dan, nema značajnih razlika u afektivnom poremećaju u ovisnosti o nagradi, upornosti, suradnji i nadilaženju samog sebe (Tablica 5.30)

Kod trajanja suicidalnih misli, najmanje značajnih razlika u dimenzijama temperamenta prema afektivnim poremećajima zabilježeno je kod onih, kojima je kod prijema, trajanje suicidalnih misli više od 8 sati / dugo i neprekidno, a kod otpusta, kod onih ispitanika kojima je trajanje suicidalnih misli do 4 sata ili manje od 1 sata (Tablica 5.31).

Tablica 5.30. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod učestalosti suicidalnih misli pri prijemu i otpustu

	Učestalost suicidalnih misli	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
		Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1.dan	**2 - 5 puta tjedno, svaki dan ili skoro svaki dan**			
	Izbjegavanje štete (HA)	74,9 (64,6 - 78,5)	63,8 (59,4 - 68,2)	**0,002**
	Traganje za novim (NS)	39,5 (34,1 - 44,5)	57,8 (43,7 - 62,8)	**< 0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	46,6 (38,1 - 52,3)	39,8 (33 - 45,5)	0,05
	Upornost (P)	36,3 (31,6 - 42,9)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,08**
	Samo-vođenje (SD)	40,4 (35,4 - 45,1)	30,4 (28,4 - 33,7)	**< 0,001**
	Suradnja (CO)	38,5 (34 - 41,2)	35,7 (31,5 - 38,5)	0,08
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	41 (38,2 - 44,9)	37 (32,2 - 49,7)	0,38
	puno puta svakog dana			
	Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (74,1 - 79,6)	68,3 (65,3 - 73,4)	**< 0,001**
	Traganje za novim (NS)	38,7 (37,8 - 40,8)	48,7 (44,1 - 54,5)	**< 0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	42 (33,6 - 46)	42 (37,5 - 46,6)	0,63
	Upornost (P)	39 (36,3 - 46,8)	33,7 (29,8 - 37,6)	**0,04**
	Samo-vođenje (SD)	40,4 (34,1 - 43,7)	35,1 (27,4 - 39,1)	0,05
	Suradnja (CO)	36,4 (29,1 - 40,9)	32,9 (30,5 - 35,7)	0,35
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 42,9)	35,4 (30,6 - 42,9)	0,21
21.dan	**jednom ili manje od jednom tjedno**			
	Izbjegavanje štete (HA)	74,9 (73,7 - 77,5)	63,8 (59,4 - 68,2)	**< 0,001**
	Traganje za novim (NS)	38,7 (35,8 - 44,5)	57,8 (46,2 - 62,8)	**< 0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	46,6 (41,5 - 52,3)	39,8 (33 - 44,3)	**0,02**
	Upornost (P)	41,6 (31,6 - 46,8)	31,1 (31,1 - 36,3)	**0,02**
	Samo-vođenje (SD)	39,7 (34,1 - 44,1)	31,7 (29,1 - 35,7)	**0,002**
	Suradnja (CO)	38,5 (32,9 - 41,2)	32,9 (31,5 - 38,5)	0,07
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	42,5 (40,2 - 48,5)	33,8 (30,6 - 44,9)	**0,01**
	2 - 5 puta tjedno, svaki dan ili skoro svaki dan			
	Izbjegavanje štete (HA)	77,8 (74,1 - 80,8)	68,2 (63,1 - 74,9)	**0,003**
	Traganje za novim (NS)	38,7 (35,3 - 43,7)	50,4 (40,3 - 54,5)	**0,002**
	Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (33,6 - 44,3)	42 (37,5 - 46,6)	0,54
	Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,11
	Samo-vođenje (SD)	41,8 (36,1 - 44,8)	31,1 (28,1 - 35,4)	**0,002**
	Suradnja (CO)	38,5 (30,1 - 40,5)	35,7 (31,9 - 36,8)	0,40
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (35,4 - 41,7)	41,7 (33,4 - 49,3)	0,29

*Mann Whitney U test

Tablica 5.31. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod trajanja suicidalnih misli pri prijemu i otpustu

	Trajanje suicidalnih misli	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
		Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1.dan	**do 4 sata**			
	Izbjegavanje štete (HA)	74,1 (63,9 - 77,8)	59,4 (57,9 - 68,2)	**0,04**
	Traganje za novim (NS)	36,2 (33,7 - 41,2)	62,8 (59,5 - 71,2)	**0,007**
	Ovisnost o nagradi (RD)	48,9 (38,7 - 61,4)	33 (26,1 - 46,6)	0,07
	Upornost (P)	31,8 (28,5 - 49,5)	36,3 (36,3 - 36,3)	0,80
	Samo-vođenje (SD)	39,7 (35,1 - 40,4)	31,7 (29,1 - 31,7)	**0,007**
	Suradnja (CO)	41,2 (31,6 - 45,4)	28,8 (19 - 37,1)	0,05
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	44,9 (41,8 - 50,5)	32,2 (30,6 - 54,4)	0,16
	4 - 8 sati / puno vremena			
	Izbjegavanje štete (HA)	74,1 (72,6 - 77,1)	65,3 (60,9 - 69)	**< 0,000**
	Traganje za novim (NS)	41,2 (37,8 - 44,5)	51,2 (42 - 57,8)	**0,002**
	Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (33 - 51,1)	42 (37,5 - 45,5)	0,85
	Upornost (PT)	41,6 (36,3 - 46,8)	31,1 (31,1 - 36,3)	**0,006**
	Samo-vođenje (SD)	42,4 (37,1 - 45,1)	30,4 (28,4 - 34,4)	**0,000**
	Suradnja (CO)	38,5 (32,9 - 39,9)	35,7 (32,9 - 38,5)	0,98
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (35,4 - 43,3)	40,2 (33 - 47,3)	0,78
	više od 8 sati/ dugo i neprekidno			
	Izbjegavanje štete (HA)	79,3 (75,6 - 81,5)	71,2 (65,3 - 75,6)	**0,003**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (37 - 39,5)	49,5 (44,5 - 54,5)	**0,002**
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (39,8 - 47,2)	39,8 (37,5 - 46,6)	0,43
	Upornost (P)	36,3 (35 - 42,9)	31,1 (25,8 - 36,3)	0,07
	Samo-vođenje (SD)	40,4 (30,7 - 44,1)	35,7 (22,4 - 38,4)	0,14
	Suradnja (CO)	37,8 (28,5 - 41,2)	31,5 (27,4 - 35,7)	0,15
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 42,1)	40,2 (30,6 - 46,5)	0,62
21.dan	**kratko, nekoliko sekundi ili minuta**			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (67,1 - 79,6)	59,4 (58,7 - 64,6)	**0,003**
	Traganje za novim (NS)	37 (33,2 - 42,8)	59,5 (47,9 - 68,7)	**0,002**
	Ovisnost o nagradi (RD)	50 (44,9 - 59,1)	35,2 (28,4 - 44,3)	**0,01**
	Upornost (P)	41,6 (31,3 - 46,8)	31,1 (31,1 - 36,3)	**0,09**
	Samo-vođenje (SD)	39,7 (35,1 - 44,1)	29,1 (25,8 - 33,7)	**0,007**
	Suradnja (CO)	41,2 (35 - 42,3)	31,5 (19,7 - 35,7)	**0,03**
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	44,1 (40,2 - 52,4)	32,2 (29,8 - 42,6)	**0,02**
	manje od 1 sata / neko vrijeme			
	Izbjegavanje štete (HA)	74,9 (74,1 - 76,7)	66,8 (59,4 - 71,2)	**0,009**
	Traganje za novim (NS)	39,5 (37,8 - 41,2)	51,2 (44,5 - 61,2)	**< 0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	43,2 (33 - 50)	42 (37,5 - 46,6)	0,84
	Upornost (P)	36,3 (36,3 - 45,5)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,08
	Samo-vođenje (SD)	41,8 (32,1 - 44,8)	31,7 (30,4 - 35,7)	**0,04**
	Suradnja (CO)	37,8 (32,9 - 41,2)	35,7 (32,9 - 38,5)	0,52
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 44,5)	35,4 (30,6 - 49,7)	0,35
	do 4 sata			
	Izbjegavanje štete (HA)	78,5 (76,4 - 81,5)	68,2 (65,3 - 75,6)	**0,003**
	Traganje za novim (NS)	38,7 (37 - 44,5)	54,5 (39,5 - 57,8)	**0,03**
	Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (34,7 - 44,3)	42 (37,5 - 46,6)	0,52
	Upornost (PT)	36,3 (35 - 42,9)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,24
	Samo-vođenje (SD)	41,1 (36,8 - 44,1)	29,1 (22,4 - 35,7)	**0,008**
	Suradnja (CT)	34,3 (28,5 - 38,5)	35,7 (31,5 - 35,7)	0,73
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (35,4 - 41,7)	41,7 (37 - 48,1)	0,24

*Mann Whitney U test

Ispitanici koji kod prijema ne mogu kontrolirati svoje misli značajno se razlikuju u više dimenzija temperamenta i karaktera ličnosti u odnosu na afektivne poremećaje (izbjegavanje štete, traganje za novim i samo-vođenje), u odnosu na ispitanike koji svoje misli niti ne pokušavaju kontrolirati ili ih kontroliraju uz dosta ili puno poteškoća.

Kod otpusta najviše je značajnih razlika u dimenzijama karaktera i temperamenta ličnosti, kod ispitanika koji svoje misli kontroliraju lako ili uz manje poteškoće: značajno više vrijednosti izbjegavanje štete (Mann Whitney U test, P = 0,001), ovisnosti o nagradi (Mann Whitney U test, P = 0,02), samo-vođenju (Mann Whitney U test, P = 0,006), suradnji (Mann Whitney U test, P = 0,01) i nadilaženju samog sebe (Mann Whitney U test, P = 0,001) imaju ispitanici s povratnim depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda, dok bipolarni ispitanici značajno više vrijednosti imaju u traganju za novim (Mann Whitney U test, P = 0,001) (Tablica 5.32).

S obzirom na razlog, pri prijemu, kod ispitanika koji kao razlog navode da uglavnom dobiju pažnju, da se osvete odnosno da izazovu reakciju od drugih, značajne su razlike prema afektivnom poremećaju u izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, P = 0,02), traganju za novim (Mann Whitney U test, P = 0,005) i samo-vođenjem (Mann Whitney U test, P = 0,008). Oni kojima je razlog jednako i da dobiju pažnju, da se osvete odnosno da izazovu reakciju od drugih kao i da prekinu odnosno spriječe bol značajne su razlike prema afektivnom poremećaju u izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, P = 0,02), traganju za novim (Mann Whitney U test, P = 0,003) i samo-vođenjem (Mann Whitney U test, P = 0,001). Kod ispitanika koji kod prijema navode kao razlog uglavnom da prekinu odnosno spriječe bol (nije više mogao živjeti s tom boli i na taj način kako se osjeća) značajne razlike u afektivnom poremećaju su samo kod traganja za novim (Mann Whitney U test, P = 0,008), a ako je razlog da potpuno prekine ili spriječi bol značajne razlike su u izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, P = 0,02) i u upornosti (Mann Whitney U test, P = 0,03) (Tablica 5.33).

Prilikom otpusta, značajne razlike u dimenzijama temperamenta i karaktera ličnosti prema afektivnim poremećajima podjednake su kao i kod prijema, a dane su Tablicom 5.34.

Tablica 5.32. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod sposobnosti kontroliranja misli pri prijemu i otpustu

	Sposobnost kontroliranja misli	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
		Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1.dan	**ni ne pokušava ih kontrolirati**			
	Izbjegavanje štete (HA)	77,8 (74,1 - 80,4)	71,2 (65,3 - 75,6)	**0,008**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (35 - 39,5)	49,5 (44,5 - 54,5)	**0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	43,2 (33 - 47,2)	42 (37,5 - 46,6)	0,81
	Upornost (P)	39 (36,3 - 46,8)	36,3 (25,8 - 36,3)	0,06
	Samo-vođenje (SD)	39,1 (36,1 - 44,1)	35,7 (27,7 - 38,4)	0,05
	Suradnja (CO)	37,1 (28,5 - 39,2)	32,9 (31,5 - 35,7)	0,24
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 41,7)	44,9 (30,6 - 48,1)	0,38
	kontrolira uz dosta ili puno poteškoća			
	Izbjegavanje štete (HA)	74,1 (67,5 - 80)	63,8 (59,4 - 68,2)	0,06
	Traganje za novim (NS)	44,5 (35,3 - 45,4)	61,2 (47,8 - 66,2)	**0,02**
	Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (33 - 50)	39,8 (26,1 - 42)	0,51
	Upornost (P)	41,6 (33,7 - 46,8)	36,3 (36,3 - 36,3)	0,17
	Samo-vođenje (SD)	35,7 (33,8 - 42,4)	31,7 (29,1 - 34,4)	**0,03**
	Suradnja (CO)	38,5 (26 - 44,7)	32,9 (19 - 37,1)	0,25
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	43,3 (37,8 - 55,2)	32,2 (29 - 40,2)	0,05
	ne može kontrolirati svoje misli			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (72,6 - 78,5)	65,3 (59,4 - 68,2)	**0,001**
	Traganje za novim (NS)	39,5 (34,5 - 44,5)	52,8 (42 - 61,2)	**0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (37,5 - 51,1)	42 (36,4 - 46,6)	0,30
	Upornost (P)	36,3 (31,1 - 41,6)	31,1 (31,1 - 36,3)	0,07
	Samo-vođenje (SD)	42,4 (37,1 - 45,1)	30,4 (27,8 - 34,4)	**0,003**
	Suradnja (CO)	38,5 (32,9 - 41,2)	35,7 (31,5 - 39,2)	0,27
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (35,4 - 44,9)	37 (30,6 - 47,3)	0,36
21.dan	**kontrolira ih lako ili uz manje poteškoće**			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (69 - 79,3)	63,8 (59,4 - 68,6)	**0,004**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (33,7 - 42)	53,7 (43,2 - 65,4)	**0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	48,9 (38,7 - 58)	39,8 (31,3 - 42)	**0,02**
	Upornost (P)	41,6 (31,5 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,10
	Samo-vođenje (SD)	39,7 (33,8 - 43,1)	31,1 (27,1 - 35,4)	**0,006**
	Suradnja (CO)	41,2 (35,7 - 41,9)	32,9 (23,2 - 36,8)	**0,01**
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	43,3 (40,2 - 50,5)	32,2 (29,4 - 35)	**0,001**
	kontrolira uz dosta poteškoća			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (74,1 - 77,1)	65,3 (59,4 - 68,2)	**0,003**
	Traganje za novim (NS)	41,2 (37,8 - 44,5)	52,8 (44,5 - 62,8)	**0,002**
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (33 - 46,6)	39,8 (35,2 - 46,6)	0,97
	Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	31,1 (25,8 - 36,3)	0,17
	Samo-vođenje (SD)	42,4 (27,7 - 45,1)	31,7 (30,4 - 38,4)	0,10
	Suradnja (CO)	38,5 (32,9 - 39,9)	35,7 (31,5 - 41,2)	0,87
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (35,4 - 43,3)	41,7 (30,6 - 49,7)	0,74
	kontrolira uz puno poteškoća			
	Izbjegavanje štete (HA)	78,5 (74,1 - 81,5)	69,7 (66 - 76,7)	**0,01**
	Traganje za novim (NS)	38,7 (37 - 44,5)	52,9 (42 - 57)	**0,008**
	Ovisnost o nagradi (RD)	40,9 (34,7 - 45,5)	42 (38,6 - 46)	0,47
	Upornost (P)	39 (35 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,09
	Samo-vođenje (SD)	41,1 (36,8 - 44,1)	29,1 (25,8 - 35,4)	**0,002**
	Suradnja (CO)	34,3 (27,1 - 41,2)	35 (31,9 - 35,7)	0,89
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	41 (36,6 - 42,1)	45,7 (38,2 - 49,3)	0,21

*Mann Whitney U test

Tablica 5.33. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti s obzirom na razlog zamišljanja suicida pri prijemu

Razlozi zamišljanja suicida kod prijema	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
Uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih			
Izbjegavanje štete (HA)	72,6 (65,3 - 77,1)	65,3 (59,4 - 68,2)	**0,02**
Traganje za novim (NS)	37,8 (32,8 - 44,5)	58,7 (45,7 - 62,8)	**0,005**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (37,5 - 51,1)	42 (36,9 - 46,6)	0,49
Upornost (P)	41,6 (36,3 - 46,8)	36,3 (29,8 - 37,6)	0,15
Samo-vođenje (SD)	41,1 (34,4 - 45,1)	29,8 (26,1 - 32,4)	**0,008**
Suradnja (CO)	38,5 (34,3 - 41,2)	34,3 (30,8 - 38,9)	0,16
Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (35,4 - 44,9)	42,6 (30,6 - 50,9)	0,56
Jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol			
Izbjegavanje štete (HA)	77,8 (71,2 - 78,9)	63,8 (62,4 - 69,7)	**0,02**
Traganje za novim (NS)	37,8 (37,4 - 42)	52,8 (42,8 - 61,2)	**0,003**
Ovisnost o nagradi (RD)	47,8 (38,7 - 51,1)	39,8 (33 - 44,3)	0,07
Upornost (P)	39 (29,8 - 46,8)	31,1 (31,1 - 36,3)	0,34
Samo-vođenje (SD)	41,7 (37,1 - 45,4)	30,4 (29,1 - 33,1)	**0,001**
Suradnja (CO)	37,8 (28,1 - 41,2)	35,7 (32,9 - 38,5)	0,92
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (39,4 - 46,1)	35,4 (32,2 - 46,5)	0,30
Uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)			
Izbjegavanje štete (HA)	74,1 (74,1 - 77,1)	64,6 (57,6 - 76)	0,08
Traganje za novim (NS)	39,5 (32 - 42,9)	52 (47,8 - 67,5)	**0,008**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (36,4 - 54,6)	39,8 (29,6 - 44,9)	0,27
Upornost (P)	36,3 (34,1 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,18
Samo-vođenje (SD)	39,7 (38,4 - 41,8)	33 (28,8 - 39,4)	0,06
Suradnja (CO)	38,5 (35,7 - 40,6)	33,6 (20,1 - 37,5)	0,06
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (38,6 - 45,7)	33 (30,6 - 43,7)	0,22
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol			
Izbjegavanje štete (HA)	78,5 (75,6 - 81,5)	71,9 (66,8 - 74,9)	**0,02**
Traganje za novim (NS)	39,5 (38,2 - 44,5)	45,4 (40,8 - 52,4)	0,12
Ovisnost o nagradi (RD)	37,5 (33 - 43,7)	40,9 (36,4 - 47,2)	0,39
Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	31,1 (27,1 - 35)	**0,03**
Samo-vođenje (SD)	37,8 (28,7 - 43,4)	37,1 (28,7 - 40,4)	0,49
Suradnja (CO)	35 (28,1 - 40,5)	33,6 (31,5 - 35,7)	0,73
Nadilaženje samoga sebe (ST)	39,4 (35,8 - 42,5)	35,4 (29,4 - 41,3)	0,39

*Mann Whitney U test

Tablica 5.34. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti s obzirom na razlog zamišljanja suicida kod otpusta

Razlozi zamišljanja suicida kod otpusta	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
Uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih			
Izbjegavanje štete (HA)	74,1 (64,6 - 78,2)	65,3 (59,4 - 68,2)	**0,04**
Traganje za novim (NS)	36,2 (30,3 - 42)	57,8 (43,7 - 62,8)	**0,008**
Ovisnost o nagradi (RD)	47,7 (35,8 - 52,3)	42 (37,5 - 46,6)	0,47
Upornost (P)	41,6 (33,7 - 48,1)	36,3 (31,1 - 39)	0,18
Samo-vođenje (SD)	42,4 (32,7 - 45,4)	29,1 (25,8 - 33,1)	**0,02**
Suradnja (CO)	38,5 (34 - 41,6)	35,7 (32,2 - 39,2)	0,28
Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (35 - 44,9)	44,9 (33,8 - 52,1)	0,34
Jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bo			
Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (74,1 - 78,5)	63,8 (62,4 - 69,7)	**0,002**
Traganje za novim (NS)	37,8 (36,2 - 44,5)	52,8 (42,8 - 61,2)	**0,005**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (39,8 - 51,1)	39,8 (33 - 44,3)	0,12
Upornost (P)	36,3 (31,1 - 41,6)	31,1 (31,1 - 36,3)	0,43
Samo-vođenje (SD)	38,4 (35,7 - 43,7)	30,4 (29,1 - 33,1)	**0,006**
Suradnja (CO)	37,1 (28,8 - 41,2)	35,7 (32,9 - 38,5)	0,72
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (37 - 43,3)	35,4 (32,2 - 46,5)	0,39
Uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)			
Izbjegavanje štete (HA)	74,1 (74,1 - 78,6)	65,3 (58,7 - 76,4)	0,09
Traganje za novim (NS)	39,5 (34,5 - 42,9)	51,2 (46,2 - 68,7)	**0,01**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (36,4 - 46,6)	42 (28,4 - 45,5)	0,42
Upornost (P)	46,8 (36,3 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,03**
Samo-vođenje (SD)	41,1 (38,4 - 44,4)	31,7 (28,4 - 40,4)	0,05
Suradnja (CO)	38,5 (35,7 - 40,6)	32,9 (19,7 - 36,4)	0,05
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (38,6 - 53,7)	32,2 (30,6 - 45,7)	0,11
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol			
Izbjegavanje štete (HA)	78,5 (74,5 - 81,5)	71,2 (60,9 - 74,1)	**0,03**
Traganje za novim (NS)	40,4 (38,2 - 44,5)	46,2 (42 - 53,7)	0,06
Ovisnost o nagradi (RD)	37,5 (33 - 43,7)	39,8 (36,4 - 45,5)	0,55
Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	31,1 (28,5 - 36,3)	**0,04**
Samo-vođenje (SD)	42,4 (32,1 - 44,8)	35,7 (30,4 - 39,8)	0,24
Suradnja (CO)	37,8 (28,1 - 41,2)	35,7 (31,5 - 37,1)	0,61
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (36,2 - 43,3)	40,2 (29,8 - 41,7)	0,38

*Mann Whitney U test

5.5.3. Suicidalno ponašanje prema karakteristikama ličnosti

Suicidalni ispitanici koji su do sada pokušali 1 do 3 puta suicid značajno se razlikuju u osnovnim dimenzijama temperamenta i karaktera ličnosti prema poremećaju raspoloženja u izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), traganju za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), upornosti (Mann Whitney U test, $P = 0,01$) i u samo-vođenju (Mann Whitney U test, $P < 0,001$). Kod ispitanika s 4 i više pokušaja samoubojstva, kod prijema značajno više vrijednosti u izbjegavanju štete imaju ispitanici s povratno depresivnim poremećajem (Mann Whitney U test, $P = 0,04$), dok po drugim dimenzijama nema značajnih razlika.

Pri otpustu ispitanici koji su do sada pokušali 1 do 3 puta suicid značajno se razlikuju u osnovnim dimenzijama temperamenta i karaktera ličnosti prema poremećaju raspoloženja u izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), traganju za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), upornosti (Mann Whitney U test, $P = 0,02$) i u samo-vođenju (Mann Whitney U test, $P < 0,001$). Kod ispitanika s 4 i više pokušaja samoubojstva, kod prijema značajno više vrijednosti u izbjegavanju štete imaju ispitanici s povratno depresivnim poremećajem (Mann Whitney U test, $P = 0,03$), dok po drugim dimenzijama kod otpusta nema značajnih razlika (Tablica 5.35).

Ispitanici s nesuicidalnim samoozljeđivanjem od početka liječenja, kod prijema, značajno se razlikuju prema poremećaju raspoloženja u izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, $P = 0,001$), traganju za novim (Mann Whitney U test, $P = 0,006$) i u samo-vođenju (Mann Whitney U test, $P = 0,008$), a značajne razlike zabilježene su kod istih dimenzija i prilikom otpusta: izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, $P = 0,001$), traganju za novim (Mann Whitney U test, $P = 0,004$) i u samo-vođenju (Mann Whitney U test, $P = 0,02$) (Tablica 5.36).

Oni ispitanici koji su imali suicidalno ponašanje tijekom procjene kod prijema, značajno se razlikuju prema poremećaju raspoloženja u izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), traganju za novim (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), upornosti (Mann Whitney U test, $P = 0,005$), i u samo-vođenju (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), a značajne razlike zabilježene prilikom otpusta samo kod izbjegavanju štete (Mann Whitney U test, $P = 0,04$) (Tablica 5.37).

Tablica 5.35. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti s obzirom na broj dosadašnjih pokušaja suicida kod prijema i otpusta

	Broj dosadašnjih pokušaja suicida	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
		Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1.dan	**1 do 3 puta**			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (74,1 - 78,5)	63,8 (59,4 - 69)	< **0,001**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (34,5 - 44,5)	54,5 (47 - 62,8)	< **0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (33 - 51,1)	39,8 (34,1 - 44,3)	0,12
	Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,01**
	Samo-vođenje (SD)	41,1 (35,7 - 45,1)	30,4 (26,4 - 35,7)	< **0,001**
	Suradnja (CO)	38,5 (30,1 - 41,2)	34,3 (28,1 - 38,5)	0,07
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 44,9)	40,2 (30,6 - 45,7)	0,20
	4 i više puta			
	Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (74,1 - 77,1)	67,5 (64,9 - 72,3)	**0,04**
	Traganje za novim (NS)	39,5 (37,8 - 41,2)	47 (39,5 - 58,7)	0,11
	Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (37,5 - 46,6)	43,2 (39,2 - 46,6)	0,67
	Upornost (P)	46,8 (25,8 - 46,8)	36,3 (29,8 - 36,3)	0,29
	Samo-vođenje (SD)	37,1 (27,7 - 39,7)	32,4 (30,1 - 34,7)	0,61
	Suradnja (CO)	35,7 (32,9 - 38,5)	35 (31,5 - 36,4)	0,55
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (35,4 - 41,7)	35,4 (30,6 - 48,5)	0,67
21.dan	**1 do 3 puta**			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (74,1 - 78,5)	63,1 (59,4 - 69,3)	< **0,001**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (34,5 - 44,5)	53,7 (45,8 - 62,8)	< **0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (33 - 51,1)	38,7 (33,6 - 45,5)	0,12
	Upornost (P)	36,3 (36,3 - 41,6)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,02**
	Samo-vođenje (SD)	41,1 (35,7 - 45,1)	31,1 (26,7 - 35,7)	< **0,001**
	Suradnja (CO)	38,5 (30,1 - 41,2)	35 (27,8 - 38,5)	0,09
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 44,9)	40,2 (31 - 46,1)	0,31
	4 i više puta			
	Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (74,1 - 77,1)	66,8 (65,3 - 71,2)	**0,03**
	Traganje za novim (NS)	39,5 (37,8 - 41,2)	47,8 (39,5 - 57,8)	0,09
	Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (37,5 - 46,6)	42 (39,8 - 46,6)	0,64
	Upornost (P)	46,8 (25,8 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,29
	Samo-vođenje (SD)	37,1 (27,7 - 39,7)	31,7 (29,1 - 34,4)	0,48
	Suradnja (CO)	35,7 (32,9 - 38,5)	34,3 (31,5 - 35,7)	0,43
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (35,4 - 41,7)	33,8 (30,6 - 48,1)	0,53

*Mann Whitney U test

Tablica 5.36. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika koji su se nesuicidalno samoozljeđivali od početka liječenja kod prijema i otpusta

Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	76,3 (74,1 - 79,6)	65,3 (59,4 - 71,2)	**0,001**
Traganje za novim (NS)	41,2 (37,8 - 44,5)	51,2 (42,8 - 61,2)	**0,006**
Ovisnost o nagradi (RD)	42,1 (33 - 48,3)	42 (39,8 - 46,6)	0,77
Upornost (P)	36,3 (32,4 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,17
Samo-vođenje (SD)	42,4 (36,7 - 45,1)	30,4 (29,1 - 35,7)	**0,008**
Suradnja (CO)	38,5 (26 - 40,5)	35,7 (32,9 - 38,5)	0,77
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (38,6 - 52,8)	40,2 (30,6 - 49,7)	0,23
21. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	74,1 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 69,7)	**0,001**
Traganje za novim (NS)	44,5 (37,8 - 44,5)	52,8 (47 - 62)	**0,004**
Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (33 - 48,9)	42 (38,7 - 46,6)	0,66
Upornost (P)	36,3 (31,1 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,38
Samo-vođenje (SD)	41,1 (35,7 - 45,1)	30,4 (28,4 - 35,1)	**0,02**
Suradnja (CO)	38,5 (26 - 38,5)	35,7 (32,2 - 39,2)	0,84
Nadilaženje samoga sebe (ST)	41,7 (38,6 - 43,3)	40,2 (31,4 - 50,5)	0,53

*Mann Whitney U test

Tablica 5.37. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika sa suicidalnim ponašanjem tijekom procjene kod prijema i otpusta

Suicidalno ponašanje tijekom procjene	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 71,2)	< **0,001**
Traganje za novim (NS)	38,7 (35,8 - 44,5)	52,8 (44,5 - 61,2)	< **0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (34,7 - 49,5)	42 (35,2 - 46,6)	0,19
Upornost (P)	36,3 (35,2 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,005**
Samo-vođenje (SD)	40,4 (35,4 - 44,1)	31,7 (29,1 - 35,7)	< **0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (32,2 - 41,2)	34,3 (31,5 - 38,5)	0,08
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,7)	37 (30,6 - 46,5)	0,13
21. dan			
Izbjegavanje štete (HA)	78,5 (58,9 - 58,9)	69,7 (64,6 - 77,1)	**0,04**
Traganje za novim (NS)	44,5 (33,4 - 33,4)	52,9 (46,6 - 55,3)	0,18
Ovisnost o nagradi (RD)	33 (23 - 26,4)	42 (37,5 - 44,9)	0,04
Upornost (P)	39 (27,2 - 31,2)	36,3 (29,8 - 37,6)	0,28
Samo-vođenje (SD)	39,8 (27,8 - 31,8)	29,1 (26,4 - 35,4)	0,09
Suradnja (CO)	30,1 (22,6 - 22,6)	33,6 (30,5 - 35,7)	0,18
Nadilaženje samoga sebe (ST)	34,6 (25,4 - 26,6)	47,3 (35,4 - 50,1)	0,18

*Mann Whitney U test

Kod prijema nema značajnih razlika u dimenzijama temperamenta i karaktera ličnosti prema poremećaju raspoloženja u ispitanika koji ne pripremaju samoubojstvo, dok su kod otpusta značajno više vrijednosti svih dimenzija temperamenta i karaktera ličnosti kod ispitanika s povratno depresivnim poremećajem - teška depresivna epizoda, a kod bipolarnih, koji ne pripremaju samoubojstvo, značajno je viša vrijednost traganja za novim (Tablica 5.38).

Tablica 5.38. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti s obzirom na pripremanje samoubojstva kod prijema i otpusta

	Pripremanje samoubojstva	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
		Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan	**Priprema samoubojstvo**			
	Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (74,1 - 79,3)	65,3 (59,4 - 69)	< **0,001**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (34,5 - 44,5)	54,5 (49,5 - 62,8)	< **0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (36,4 - 48,9)	42 (34,1 - 45,5)	0,19
	Upornost (P)	36,3 (34,1 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,05**
	Samo-vođenje (SD)	39,7 (36,4 - 44,4)	29,1 (27,1 - 33,8)	< **0,001**
	Suradnja (CO)	38,5 (31,5 - 41,2)	34,3 (31,5 - 38,5)	0,13
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 44,9)	40,2 (31,4 - 48,9)	0,51
	Ne priprema samoubojstvo			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (66,8 - 77,1)	66,8 (61,7 - 75,6)	0,24
	Traganje za novim (NS)	39,5 (38,7 - 42,9)	44,5 (39,5 - 54,5)	0,14
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (31,9 - 51,1)	38,7 (37,5 - 47,2)	0,85
	Upornost (P)	36,3 (33,7 - 41,6)	31,1 (25,8 - 36,3)	0,05
	Samo-vođenje (SD)	42,4 (30,4 - 49,7)	34,4 (31,4 - 39,1)	0,24
	Suradnja (CO)	37,1 (31,5 - 41,2)	34,3 (28,5 - 37,5)	0,33
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (35,4 - 42,5)	33 (30,6 - 41,7)	0,17
21. dan	**Priprema samoubojstvo**			
	Izbjegavanje štete (HA)	78,5 (74,1 - 78,5)	68,2 (65,3 - 77,1)	**0,05**
	Traganje za novim (NS)	44,5 (44,5 - 46,2)	51,2 (49,5 - 54,5)	**0,08**
	Ovisnost o nagradi (RD)	33 (30,7 - 35,2)	42 (37,5 - 46,6)	0,02
	Upornost (P)	41,6 (36,3 - 46,8)	36,3 (31,1 - 41,6)	**0,15**
	Samo-vođenje (SD)	42,4 (37,1 - 45,1)	29,1 (27,7 - 38,4)	**0,07**
	Suradnja (CO)	30,1 (26 - 30,1)	34,3 (31,5 - 35,7)	0,05
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	35,4 (33,8 - 56)	46,5 (37 - 49,7)	0,73
	Ne priprema samoubojstvo			
	Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (74,1 - 78,5)	64,6 (59,4 - 69,3)	< **0,001**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (34,5 - 41,2)	53,7 (43,2 - 62,8)	< **0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (39,8 - 51,1)	39,8 (33,6 - 46)	**0,04**
	Upornost (P)	36,3 (31,8 - 46,8)	33,7 (31,1 - 36,3)	**0,008**
	Samo-vođenje (SD)	39,7 (34,4 - 43,7)	31,7 (29,1 - 35,4)	< **0,001**
	Suradnja (CO)	38,5 (32,9 - 41,2)	35 (31,5 - 38,5)	**0,03**
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,3)	33,8 (30,6 - 44,1)	**0,02**

*Mann Whitney U test

Značajne su razlike u izbjegavanju štete, traganju za novim, upornosti i samo-vođenju prema poremećaju raspoloženja kod ispitanika koji ne odustaju od samoubojstva, kako kod prijema

tako i kod otpusta, dok kod ispitanika koji su odustajali 1 - 2 puta značajne razlike su samo kod izbjegavanja štete i kod traganja za novim (Tablica 5.39).

Tablica 5.39. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti s obzirom na odustajanje od samoubojstva kod prijema i otpusta

	Odustajanje od samoubojstva	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
		Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
1. dan	**Ne odustaje**			
	Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (73,7 - 78,9)	68,2 (60,2 - 72,3)	< **0,001**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (35,8 - 44,5)	52,8 (43,2 - 59,1)	< **0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	43,2 (33 - 49,5)	42 (35,8 - 44,3)	0,36
	Upornost (P)	36,3 (35 - 42,9)	33,7 (31,1 - 36,3)	**0,02**
	Samo-vođenje (SD)	41,8 (35,4 - 45,1)	31,1 (28,1 - 34,4)	< **0,001**
	Suradnja (CO)	38,5 (30,1 - 41,2)	35,7 (31,9 - 38,2)	0,17
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,7)	41 (31 - 48,9)	0,58
	1 do 2 puta odustaje			
	Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (74,5 - 77,1)	63,8 (59,4 - 65,3)	**0,004**
	Traganje za novim (NS)	39,5 (34,5 - 40,8)	54,5 (46,2 - 66,2)	**0,02**
	Ovisnost o nagradi (RD)	45,5 (40,9 - 58,5)	39,8 (35,2 - 46,6)	0,21
	Upornost (P)	44,2 (34,3 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,06
	Samo-vođenje (SD)	38,4 (30,1 - 39,7)	31,7 (29,1 - 41,1)	0,60
	Suradnja (CO)	35,7 (32,9 - 40,5)	32,9 (27,4 - 38,5)	0,23
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	41 (37,8 - 45,3)	33,8 (30,6 - 41,7)	0,19
21. dan	**Ne odustaje**			
	Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (73,7 - 78,9)	68,2 (60,2 - 72,3)	<**0,001**
	Traganje za novim (NS)	37,8 (35,8 - 44,5)	52,8 (43,2 - 59,1)	<**0,001**
	Ovisnost o nagradi (RD)	43,2 (33 - 49,5)	42 (35,8 - 44,3)	0,36
	Upornost (P)	36,3 (35 - 42,9)	33,7 (31,1 - 36,3)	**0,02**
	Samo-vođenje (SD)	41,8 (35,4 - 45,1)	31,1 (28,1 - 34,4)	<**0,001**
	Suradnja (CO)	38,5 (30,1 - 41,2)	35,7 (31,9 - 38,2)	0,17
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,7)	41 (31 - 48,9)	0,58
	1 do 2 puta odustaje			
	Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (74,5 - 77,1)	63,8 (59,4 - 65,3)	**0,004**
	Traganje za novim (NS)	39,5 (34,5 - 40,8)	54,5 (46,2 - 66,2)	**0,02**
	Ovisnost o nagradi (RD)	45,5 (40,9 - 58,5)	39,8 (35,2 - 46,6)	0,21
	Upornost (P)	44,2 (34,3 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,06
	Samo-vođenje (SD)	38,4 (30,1 - 39,7)	31,7 (29,1 - 41,1)	0,60
	Suradnja (CO)	35,7 (32,9 - 40,5)	32,9 (27,4 - 38,5)	0,23
	Nadilaženje samoga sebe (ST)	41 (37,8 - 45,3)	33,8 (30,6 - 41,7)	0,19

*Mann Whitney U test

5.5.4. Stvarni pokušaj samoubojstva prema karakteristikama ličnosti

Kod ispitanika s umjereno teškim tjelesnim oštećenjem, gdje je potrebna hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega značajne su razlike samo u izbjegavanju štete i upornosti, u odnosu na one koji imaju manje ili umjereno tjelesno oštećenje, gdje su razlike značajne u više dimenzija (Tablica 5.40).

Tablica 5.40. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti s obzirom na stvarnu smrtnost / medicinsko oštećenje kod prijema

Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje kod prijema	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
Manje tjelesno oštećenje			
Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (62,4 - 78,5)	59,4 (57,2 - 64,6)	**0,04**
Traganje za novim (NS)	34,5 (32,8 - 41,2)	66,2 (51,2 - 73,7)	**0,01**
Ovisnost o nagradi (RD)	51,1 (39,8 - 51,1)	35,2 (28,4 - 44,3)	0,06
Upornost (P)	41,6 (31,1 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,36
Samo-vođenje (SD)	41,1 (39,7 - 46,4)	26,4 (23,8 - 35,8)	**0,03**
Suradnja (CO)	41,2 (38,5 - 41,2)	27,4 (19,7 - 32,9)	**0,02**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	43,3 (41,7 - 44,9)	30,6 (29,1 - 37)	**0,007**
Umjereno tjelesno oštećenje			
Izbjegavanje štete (HA)	75,6 (74,1 - 80)	65,3 (59,4 - 69,3)	< **0,001**
Traganje za novim (NS)	39,5 (36,2 - 44,5)	52,8 (45,3 - 60,8)	< **0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	39,8 (33 - 46,6)	42 (35,8 - 45,5)	0,87
Upornost (P)	36,3 (31,1 - 41,6)	36,3 (31,1 - 36,3)	0,15
Samo-vođenje (SD)	41,1 (37,1 - 43,7)	31,7 (29,1 - 35,4)	**0,001**
Suradnja (CO)	37,1 (30,1 - 38,5)	35,7 (31,9 - 38,5)	0,92
Nadilaženje samoga sebe (ST)	38,6 (35,4 - 41,7)	41 (32,2 - 48,9)	0,71
Umjereno teško tjelesno oštećenje, potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega			
Izbjegavanje štete (HA)	77,1 (75,6 - 78,5)	71,2 (67,5 - 76)	**0,03**
Traganje za novim (NS)	39,5 (37,8 - 41,2)	44,5 (39,1 - 55,3)	0,13
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (33 - 46,6)	44,3 (39,2 - 47,2)	0,66
Upornost (P)	41,6 (36,3 - 46,8)	33,7 (29,8 - 37,6)	**0,04**
Samo-vođenje (SD)	37,1 (31,7 - 43,7)	32,4 (29,1 - 37,1)	0,25
Suradnja (CO)	32,9 (27,4 - 39,9)	35 (31,5 - 35,7)	0,89
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 41,7)	39,4 (30,6 - 48,5)	> 0,99

*Mann Whitney U test

Kod otpusta svi ispitanici su bez tjelesnog oštećenja, a značajno veće vrijednosti su kod izbjegavanja štete (Mann Whitney U test, P < 0,001), upornosti (Mann Whitney U test, P < 0,001) i samo-vođenja (Mann Whitney U test, P < 0,001) u skupini ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem s teškom depresivnom epizodom, dok ispitanici s bipolarnim poremećajem i teškom depresivnom epizodom imaju značajno više vrijednosti traganja za novim (Mann Whitney U test, P < 0,001) (Tablica 5.41).

Tablica 5.41. Osnovne dimenzije temperamenta i karaktera ličnosti s obzirom na stvarnu smrtnost / medicinsko oštećenje kod otpusta

Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje kod otpusta	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	
Bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje			
Izbjegavanje štete (HA)	76,4 (74,1 - 78,5)	65,3 (59,4 - 71,2)	< **0,001**
Traganje za novim (NS)	38,7 (35,8 - 44,5)	52,8 (44,5 - 61,2)	< **0,001**
Ovisnost o nagradi (RD)	44,3 (34,7 - 49,5)	42 (35,2 - 46,6)	0,19
Upornost (P)	36,7 (35,2 - 46,8)	36,3 (31,1 - 36,3)	**0,005**
Samo-vođenje (SD)	40,4 (35,4 - 44,1)	31,7 (29,1 - 35,7)	< **0,001**
Suradnja (CO)	38,5 (32,2 - 41,2)	34,3 (31,5 - 38,5)	0,08
Nadilaženje samoga sebe (ST)	40,2 (37 - 43,7)	37 (30,6 - 46,5)	0,13

*Mann Whitney U test

5.6. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema demografskim obilježjima

5.6.1. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema spolu

Spol ne utječe na zamišljanje samoubojstva kod prijema i otpusta. (Tablica 5.42).

Tablica 5.42. Zamišljanje samoubojstva kod prijema i otpusta prema spolu

Zamišljanje samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
1. dan				
Žele da su mrtvi	22 (100)	39 (100)	61 (100)	-
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	22 (100)	39 (100)	61 (100)	-
Aktivno zamišljaju bez namjere	11 (50)	16 (41)	27 (44,3)	0,60
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	22 (100)	34 (87,2)	56 (91,8)	0,15
21. dan				
Žele da su mrtvi	10 (45,5)	12 (30,8)	22 (36,1)	0,28
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	21 (95,5)	39 (100)	60 (98,4)	0,36
Aktivno zamišljaju bez namjere	11 (50)	17 (44)	28 (46)	0,79
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	1 (4,5)	2 (5,1)	3 (4,9)	> 0,99

*Fisherov egzaktni test

Nema značajnih razlika prema spolu u učestalosti i trajanju suicidalnih misli, kontroliranju misli i razlozima zamišljanja suicida, kako kod prijema tako i kod otpusta (Tablica 5.43 i Tablica 5.44).

Tablica 5.43. Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema prema spolu

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema	Broj (%) ispitanika			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Učestalost				
2 - 5x tjedno	3 (13,6)	2 (5,1)	5 (8,2)	
svaki dan ili skoro svaki dan	8 (36,4)	22 (56,4)	30 (49,2)	0,24
puno puta svakog dana	11 (50)	15 (38,5)	26 (42,6)	
Trajanje suicidalnih misli				
manje od 1 sata / neko vrijeme	1 (4,5)	0	1 (1,6)	
1 - 4 sata / puno vremena	5 (22,7)	6 (15,4)	11 (18)	0,06
4 - 8 sati / puno vremena	7 (31,8)	25 (64,1)	32 (52,5)	
više od 8 sati / dugo ili neprekidno	9 (40,9)	8 (20,5)	17 (27,9)	
Sposobnost kontroliranja misli				
ni ne pokušava kontrolirati svoje misli	5 (22,7)	12 (30,8)	17 (27,9)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	2 (9,1)	1 (2,6)	3 (4,9)	0,48
može kontrolirati uz puno poteškoća	2 (9,1)	7 (17,9)	9 (14,8)	
ne može kontrolirati svoje misli	13 (59,1)	19 (48,7)	32 (52,5)	
NE - razlozi za suicid				
nije primjenjivo	13 (59,1)	24 (61,5)	37 (60,7)	
ti razlozi su vas sigurno spriječili u suicidu	1 (4,5)	0	1 (1,6)	
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	0	3 (7,7)	3 (4,9)	0,44†
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	2 (9,1)	5 (12,8)	7 (11,5)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	6 (27,3)	7 (17,9)	13 (21,3)	
Razlozi zamišljanja suicida				
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	4 (18,2)	13 (33,3)	17 (27,9)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	8 (36,4)	9 (23,1)	17 (27,9)	0,53
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	5 (22,7)	10 (25,6)	15 (24,6)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	5 (22,7)	7 (17,9)	12 (19,7)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.44. Ispitanici prema intenzitetu zamišljanju samoubojstva kod otpusta prema spolu

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta	Broj (%) ispitanika			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Učestalost				
manje od 1x tjedno	4 (18,2)	8 (20,5)	12 (19,7)	0,55
jednom tjedno	9 (40,9)	12 (30,8)	21 (34,4)	
2 - 5x tjedno	5 (22,7)	15 (38,5)	20 (32,8)	
svaki dan ili skoro svaki dan	4 (18,2)	4 (10,3)	8 (13,1)	
Trajanje suicidalnih misli				
kratko, nekoliko sekundi ili minuta	6 (27,2)	11 (28,2)	17 (27,8)	0,61
manje od 1 sata / neko vrijeme	9 (40,9)	18 (46,2)	27 (44,3)	
1 - 4 sata / puno vremena	7 (31,8)	10 (25,6)	17 (27,9)	
Sposobnost kontroliranja misli				
lako može kontrolirati misli	2 (9,1)	2 (5,1)	4 (6,6)	0,49
može kontrolirati uz manje poteškoće	5 (22,7)	12 (30,8)	17 (27,9)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	6 (27,3)	15 (38,5)	21 (34,4)	
može kontrolirati uz puno poteškoća	9 (40,9)	10 (25,6)	19 (31,1)	
NE - razlozi za suicid				
ti razlozi su vas vjerojatno spriječili u suicidu	2 (9,1)	1 (2,6)	3 (4,9)	0,16
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	6 (27,3)	18 (46,2)	24 (39,3)	
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	8 (36,4)	16 (41)	24 (39,3)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	6 (27,3)	4 (10,3)	10 (16,4)	
Razlozi zamišljanja suicida				
nije primjenjivo	1 (4,5)	0	1 (1,6)	0,41†
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	3 (13,6)	12 (30,8)	15 (24,6)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	8 (36,4)	10 (25,6)	18 (29,5)	
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	5 (22,7)	9 (23,1)	14 (23)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	5 (22,7)	8 (20,5)	13 (21,3)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Kod pripreme samoubojstva, prilikom prijema, žene značajno češće kupuju i skupljaju tablete, dok muškarci značajno češće pišu oproštajno pismo i daju svoje vrijednosti drugima (χ^2 test, P = 0,02), dok kod otpusta nema značajnih razlika prema spolu (Tablica 5.45).

Tablica 5.45. Ispitanici prema suicidalnom ponašanju kod prijema i otpusta prema spolu

Suicialno ponašanje	Broj (%) ispitanika			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
1. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	6 (27,3)	13 (33,3)	19 (31,1)	0,59†
2	8 (36,4)	9 (23,1)	17 (27,9)	
3	5 (22,7)	7 (17,9)	12 (19,7)	
4	3 (13,6)	5 (12,8)	8 (13,1)	
5	0	4 (10,3)	4 (6,6)	
7	0	1 (2,6)	1 (1,6)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	8 (36,4)	15 (38,5)	23 (37,7)	> 0,99†
Odustajanje od samoubojstva	1 (4,5)	2 (5,2)	3 (4,9)	> 0,99†
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	5 (22,7)	23 (59)	28 (45,9)	**0,02**
pisanje oproštajnog pisma	8 (36,4)	10 (25,6)	18 (29,5)	
davanje svojih vrijednosti drugima	9 (40,9)	6 (15,4)	15 (24,6)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	22 (100)	39 (100)	61 (100)	-
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	18 (81,8)	28 (71,8)	46 (75,4)	0,46
1	4 (18,2)	7 (17,9)	11 (18)	
2	0 (0)	4 (10,3)	4 (6,6)	
21. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	6 (27,3)	13 (33,3)	19 (31,1)	0,63
2	8 (36,4)	9 (23,1)	17 (27,9)	
3	5 (22,7)	7 (17,9)	12 (19,7)	
4	3 (13,6)	5 (12,8)	8 (13,1)	
5	0	4 (10,3)	4 (6,6)	
7	0	1 (2,6)	1 (1,6)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	7 (31,8)	13 (33,3)	20 (32,8)	> 0,99†
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	3 (13,6)	1 (2,6)	4 (6,6)	0,20
pisanje oproštajnog pisma	2 (9,1)	2 (5,1)	4 (6,6)	
davanje svojih vrijednosti drugima	1 (4,5)	1 (2,6)	2 (3,3)	
ne priprema	16 (72,7)	35 (89,7)	51 (83,6)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	5 (22,7)	3 (7,7)	8 (13,1)	
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	18 (81,8)	28 (71,8)	46 (75,4)	0,46
1	4 (18,2)	7 (17,9)	11 (18)	
2	0	4 (10,3)	4 (6,6)	
Ukupno	22 (100)	39 (100)	61 (100)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.46. Ispitanici prema stvarnom pokušaju samoubojstva kod prijema i otpusta prema spolu

	Stvarni pokušaj samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
		Muškarci	Žene	Ukupno	
1.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	1 (4,5)	0	1 (1,6)	
	manje tjelesno oštećenje	4 (18,2)	8 (20,5)	12 (19,7)	
	umjereno tjelesno oštećenje	11 (50)	24 (61,5)	35 (57,4)	0,49
	umjereno teško tjelesno oštećenje, potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega	6 (27,3)	7 (17,9)	13 (21,3)	
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	0	2 (5,1)	2 (3,3)	
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	1 (4,5)	2 (5,1)	3 (4,9)	0,79†
	nije primjenjivo	21 (95,5)	35 (89,7)	56 (91,8)	
21.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	22 (100)	39 (100)	61 (100)	-
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	3 (13,6)	3 (7,7)	6 (9,8)	
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	14 (63,6)	25 (64,1)	39 (63,9)	0,78
	ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi	5 (22,7)	11 (28,2)	16 (26,2)	
	Ukupno	22 (100)	39 (100)	61 (100)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

5.6.2. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema radnom statusu

Radni status ne utječe na zamišljanje samoubojstva kod prijema i otpusta, (Tablica 5.47).

Tablica 5.47. Zamišljanje samoubojstva kod prijema i otpusta prema spolu

Zamišljanje samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
	Zaposlen ili umirovljen	Nezaposlen ili radi povremeno	Ukupno	
1. dan				
Žele da su mrtvi	15(100)	46 (100)	61 (100)	-
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	15(100)	46 (100)	61 (100)	-
Aktivno zamišljaju bez namjere	8 (53,3)	19 (41,3)	27 (44,3)	0,55
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	15(100)	41 (89,1)	56 (91,8)	0,32
21. dan				
Žele da su mrtvi	3 (20)	19 (41,3)	22 (36,1)	0,22
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	15 (100)	45 (97,8)	60 (98,4)	> 0,99
Aktivno zamišljaju bez namjere	7 (46,7)	21 (45,7)	28 (45,9)	> 0,99
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	0	3 (6,5)	3 (4,9)	0,57

*Fisherov egzaktni test

Svoje misli ne mogu kontrolirati značajnije oni ispitanici koji nisu zaposleni ili rade povremeno (Fisherov egzaktni test, P = 0,03), po ostalim komponentama intenziteta zamišljanja kod prijema ili otpusta nema značajnih razlika (Tablica 5.48 i Tablica 5.49).

Tablica 5.48. Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema prema radnom statusu

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema	Broj (%) ispitanika			P*
	Zaposlen ili umirovljen	Nezaposlen ili radi povremeno	Ukupno	
Učestalost				
2 - 5x tjedno	1 (6,7)	4 (8,7)	5 (8,2)	
svaki dan ili skoro svaki dan	6 (40)	24 (52,2)	30 (49,2)	0,68
puno puta svakog dana	8 (53,3)	18 (39,1)	26 (42,6)	
Trajanje suicidalnih misli				
manje od 1 sata / neko vrijeme	0	1 (2,2)	1 (1,6)	
1 - 4 sata / puno vremena	2 (13,3)	9 (19,6)	11 (18)	0,64
4 - 8 sati / puno vremena	7 (46,7)	25 (54,3)	32 (52,5)	
više od 8 sati / dugo ili neprekidno	6 (40)	11 (23,9)	17 (27,9)	
Sposobnost kontroliranja misli				
ni ne pokušava kontrolirati svoje misli	6 (40)	11 (23,9)	17 (27,9)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	0	3 (6,5)	3 (4,9)	**0,03**†
može kontrolirati uz puno poteškoća	5 (33,3)	4 (8,7)	9 (14,8)	
ne može kontrolirati svoje misli	4 (26,7)	28 (60,9)	32 (52,5)	
NE razlozi za suicid				
nije primjenjivo	7 (46,7)	30 (65,2)	37 (60,7)	
ti razlozi su vas sigurno spriječili u suicidu	1 (6,7)	0	1 (1,6)	
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	1 (6,7)	2 (4,3)	3 (4,9)	0,21†
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	1 (6,7)	6 (13)	7 (11,5)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	5 (33,3)	8 (17,4)	13 (21,3)	
Razlozi zamišljanja suicida				
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	3 (20)	14 (30,4)	17 (27,9)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	2 (13,3)	15 (32,6)	17 (27,9)	0,22
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	5 (33,3)	10 (21,7)	15 (24,6)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	5 (33,3)	7 (15,2)	12 (19,7)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.49. Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta prema radnom statusu

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta	Broj (%) ispitanika			P*
	Zaposlen ili umirovljen	Nezaposlen ili radi povremeno	Ukupno	
Učestalost				
manje od 1x tjedno	2 (13,3)	10 (21,7)	12 (19,7)	0,73
jednom tjedno	7 (46,7)	14 (30,4)	21 (34,4)	
2 - 5x tjedno	4 (26,7)	16 (34,8)	20 (32,8)	
svaki dan ili skoro svaki dan	2 (13,3)	6 (13)	8 (13,1)	
Trajanje suicidalnih misli				
kratko, nekoliko sekundi ili minuta	5 (33,3)	12 (26,1)	17 (28,8)	0,73
manje od 1 sata / neko vrijeme	7 (46,7)	20 (43,5)	27 (44,3)	
1 - 4 sata / puno vremena	3 (20)	14 (30,4)	17 (27,9)	
Sposobnost kontroliranja misli				
lako može kontrolirati misli	2 (13,3)	2 (4,3)	4 (6,6)	0,48
može kontrolirati uz manje poteškoće	5 (33,3)	12 (26,1)	17 (27,9)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	3 (20)	18 (39,1)	21 (34,4)	
može kontrolirati uz puno poteškoća	5 (33,3)	14 (30,5)	19 (31,1)	
NE - razlozi za suicid				
ti razlozi su vas vjerojatno spriječili u suicidu	1 (6,7)	2 (4,3)	3 (4,9)	0,63
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	7 (46,7)	17 (37)	24 (39,3)	
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	4 (26,7)	20 (43,5)	24 (39,3)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	3 (20)	7 (15,2)	10 (16,4)	
Razlozi zamišljanja suicida				
nije primjenjivo	0	1 (2,2)	1 (1,6)	0,32†
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	3 (20)	12 (26,1)	15 (24,6)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	2 (13,3)	16 (34,8)	18 (29,5)	
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	5 (33,3)	9 (19,6)	14 (23)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	5 (33,3)	8 (17,4)	13 (21,3)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Ispitanici koji su nezaposleni ili rade povremeno značajno ne odustaju od suicida i kod prijema i kod otpusta (χ^2 test, P = 0,02), dok po ostalim obilježjima suicidalnog ponašanja, kao i stvarnog pokušaja samoubojstva nema značajnih razlika prema radnom statusu (Tablica 5.50 i Tablica 5.51).

Tablica 5.50. Suicidalno ponašanje kod prijema i otpusta prema radnom statusu

Suicialno ponašanje	Broj (%) ispitanika			P*
	Zaposlen ili umirovljen	Nezaposlen ili radi povremeno	Ukupno	
1. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	5 (33,3)	14 (30,4)	19 (31,1)	0,26†
2	3 (20)	14 (30,4)	17 (27,9)	
3	5 (33,3)	7 (15,2)	12 (19,7)	
4	1 (6,7)	7 (15,2)	8 (13,1)	
5	0	4 (8,7)	4 (6,6)	
7	1 (6,7)	0	1 (1,6)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	6 (40)	17 (37)	23 (37,7)	> 0,99†
Odustajanje od samoubojstva	0	3 (6,59	3 (4,9)	0,57†
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	5 (33,3)	23 (50)	28 (45,9)	0,44
pisanje oproštajnog pisma	6 (40)	12 (26,1)	18 (29,5)	
davanje svojih vrijednosti drugima	4 (26,7)	11 (23,9)	15 (24,6)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	15 (100)	46 (100)	61 (100)	-
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	8 (53,3)	38 (82,6)	46 (75,4)	**0,02**
1	6 (40)	5 (10,9)	11 (18)	
2	1 (6,7)	3 (6,5)	4 (6,6)	
21. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	5 (33,3)	14 (30,4)	19 (31,1)	0,26
2	3 (20)	14 (30,4)	17 (27,9)	
3	5 (33,3)	7 (15,2)	12 (19,7)	
4	1 (6,7)	7 (15,2)	8 (13,1)	
5	0	4 (8,7)	4 (6,6)	
7	1 (6,7)	0	1 (1,6)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	6 (40)	14 (30,4)	20 (32,8)	0,54†
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	2 (13,3)	2 (4,3)	4 (6,6)	0,29
pisanje oproštajnog pisma	1 (6,7)	3 (6,5)	4 (6,6)	
davanje svojih vrijednosti drugima	1 (6,7)	1 (2,2)	2 (3,3)	
ne priprema	11 (73,3)	40 (87)	51 (83,6)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	3 (20)	5 (10,9)	8 (13,1)	0,30
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	8 (53,3)	38 (82,6)	46 (75,4)	**0,02**
1	6 (40)	5 (10,9)	11 (18)	
2	1 (6,7)	3 (6,5)	4 (6,6)	
Ukupno	15 (100)	46 (100)	61 (100)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.51. Stvarni pokušaj samoubojstva kod prijema i otpusta prema radnom statusu

	Stvarni pokušaj samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
		Zaposlen ili umirovljen	Nezaposlen ili radi povremeno	Ukupno	
1.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	0	1 (2,2)	1 (1,6)	
	manje tjelesno oštećenje	4 (26,7)	8 (17,4)	12 (19,7)	
	umjereno tjelesno oštećenje	7 (46,7)	28 (60,9)	35 (57,4)	0,66
	umjereno teško tjelesno oštećenje, potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega	4 (26,7)	9 (19,6)	13 (21,3)	
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	0	2 (4,3)	2 (3,3)	
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	1 (6,7)	2 (4,3)	3 (4,9)	0,95†
	nije primjenjivo	14 (93,3)	42 (91,3)	56 (91,8)	
21.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	15(100)	46 (100)	61 (100)	-
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	1 (6,7)	5 (10,9)	6 (9,8)	
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	10 (66,7)	29 (63)	39 (63,9)	> 0,99†
	ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi	4 (26,7)	12 (26,1)	16 (26,2)	
	Ukupno	15 (100)	46 (100)	61 (100)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

5.6.3. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema načinu života

Način života ne utječe na zamišljanje samoubojstva kod prijema i otpusta. (Tablica 5.52).

Tablica 5.52. Zamišljanje samoubojstva kod prijema i otpusta prema načinu života

Zamišljanje samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
	Žive sami	U braku su ili u vezi	Ukupno	
1. dan				
Žele da su mrtvi	25 (100)	36 (100)	61 (100)	-
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	25 (100)	36 (100)	61 (100)	-
Aktivno zamišljaju bez namjere	10 (40)	17 (47,2)	27 (44,3)	0,61
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	23 (92)	33 (91,7)	56 (91,8)	>0,99
21. dan				
Žele da su mrtvi	7 (28)	15 (41,7)	22 (36,1)	0,29
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	25 (100)	36 (100)	61 (100)	-
Aktivno zamišljaju bez namjere	11 (44)	17 (47,2)	28 (45,9)	>0,99
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	1 (4)	2 (5,6)	3 (4,9)	>0,99

*Fisherov egzaktni test

Ispitanici koji žive sami značajno više kao razlog navode, kod prijema i otpusta, uglavnom da prekinu odnosno spriječe bol (nisu više mogli živjeti s tom boli i na taj način kako se osjećaju) (Fisherov egzaktni test, P = 0,003 i P = 0,001) (Tablica 5.53 i Tablica 5.54).

Tablica 5.53. Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema prema načinu života

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema	Broj (%) ispitanika			P*
	Žive sami	U braku su ili u vezi	Ukupno	
Učestalost				
2 - 5x tjedno	2 (8)	3 (8,3)	5 (8,2)	
svaki dan ili skoro svaki dan	12 (48)	18 (50)	30 (49,2)	> 0,99
puno puta svakog dana	11 (44)	15 (41,7)	26 (42,6)	
Trajanje suicidalnih misli				
manje od 1 sata / neko vrijeme	0	1 (2,8)	1 (1,6)	
1 - 4 sata / puno vremena	5 (20)	6 (16,7)	11 (18)	0,89
4 - 8 sati / puno vremena	14 (56)	18 (50)	32 (52,5)	
više od 8 sati / dugo ili neprekidno	6 (24)	11 (30,6)	17 (27,9)	
Sposobnost kontroliranja misli				
ni ne pokušava kontrolirati svoje misli	6 (24)	11 (30,6)	17 (27,9)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	1 (4)	2 (5,6)	3 (4,9)	0,79†
može kontrolirati uz puno poteškoća	5 (20)	4 (11,1)	9 (14,8)	
ne može kontrolirati svoje misli	13 (52)	19 (52,8)	32 (52,5)	
NE - razlozi za suicid				
nije primjenjivo	15 (60)	22 (61,1)	37 (60,7)	
ti razlozi su vas sigurno spriječili u suicidu	0	1 (2,8)	1 (1,6)	
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	3 (12)	0	3 (4,9)	0,26†
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	2 (8)	5 (13,9)	7 (11,5)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	5 (20)	8 (22,2)	13 (21,3)	
Razlozi zamišljanja suicida				
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	4 (16)	13 (36,1)	17 (27,9)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	11 (44)	6 (16,7)	17 (27,9)	**0,003**
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	9 (36)	6 (16,7)	15 (24,6)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	1 (4)	11 (30,6)	12 (19,7)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.54. Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta prema načinu života

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta	Broj (%) ispitanika			P*
	Žive sami	U braku su ili u vezi	Ukupno	
Učestalost				
manje od 1x tjedno	7 (28)	5 (13,9)	12 (19,7)	0,28
jednom tjedno	9 (36)	12 (33,3)	21 (34,4)	
2 - 5x tjedno	5 (20)	15 (41,7)	20 (32,8)	
svaki dan ili skoro svaki dan	4 (16)	4 (11,1)	8 (13,1)	
Trajanje suicidalnih misli				
kratko, nekoliko sekundi ili minuta	9 (36)	8 (22,2)	17 (27,8)	0,73
manje od 1 sata / neko vrijeme	10 (40)	17 (47,2)	27 (44,3)	
1 - 4 sata / puno vremena	6 (24)	11 (30,6)	17 (27,9)	
Sposobnost kontroliranja misli				
lako može kontrolirati misli	4 (16)	0	4 (6,6)	0,12
može kontrolirati uz manje poteškoće	6 (24)	11 (30,6)	17 (27,9)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	9 (36)	12 (33,3)	21 (34,4)	
može kontrolirati uz puno poteškoća	6 (24)	13 (36,4)	19 (31,1)	
NE - razlozi za suicid				
ti razlozi su vas vjerojatno spriječili u suicidu	2 (8)	1 (2,8)	3 (4,9)	0,38
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	9 (36)	15 (41,7)	24 (39,3)	
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	8 (32)	16 (44,4)	24 (39,3)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	6 (24)	4 (11,1)	10 (16,4)	
Razlozi zamišljanja suicida				
nije primjenjivo	0	1 (2,8)	1 (1,6)	**0,001**†
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	3 (12)	12 (33,3)	15 (24,6)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	11 (44)	7 (19,4)	18 (29,5)	
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	9 (36)	5 (13,9)	14 (23)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	2 (8)	11 (30,6)	13 (21,3)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Ispitanici koji žive sami značajno češće jednom odustaju od suicida i kod prijema (χ^2 test, P = 0,008) i kod otpusta (χ^2 test, P = 0,002), dok po ostalim obilježjima suicidalnog ponašanja, kao i stvarnog pokušaja samoubojstva nema značajnih razlika prema načinu života (Tablica 5.55 i Tablica 5.56).

Tablica 5.55. Suicidalno ponašanje kod prijema i otpusta prema načinu života

Suicidalno ponašanje	Broj (%) ispitanika			P*
	Žive sami	U braku su ili u vezi	Ukupno	
1. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	6 (24)	13 (36,1)	19 (31,1)	0,88†
2	7 (28)	10 (27,8)	17 (27,9)	
3	6 (24)	6 (16,7)	12 (19,7)	
4	4 (16)	4 (11,1)	8 (13,1)	
5	2 (8)	2 (5,6)	4 (6,6)	
7	0 (0)	1 (2,8)	1 (1,6)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	12 (48)	11 (30,6)	23 (37,7)	0,19†
Odustajanje od samoubojstva	3 (12)	0	3 (4,9)	0,06†
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	13 (52)	15 (41,7)	28 (45,9)	0,50
pisanje oproštajnog pisma	8 (32)	10 (27,8)	18 (29,5)	
davanje svojih vrijednosti drugima	4 (16)	11 (30,6)	15 (24,6)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	25 (100)	36 (100)	61 (100)	-
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	15 (60)	31 (86,1)	46 (75,4)	**0,008**
1	9 (36)	2 (5,6)	11 (18)	
2	1 (4)	3 (8,3)	4 (6,6)	
21. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	5 (33,3)	14 (30,4)	19 (31,1)	0,26
2	3 (20)	14 (30,4)	17 (27,9)	
3	5 (33,3)	7 (15,2)	12 (19,7)	
4	1 (6,7)	7 (15,2)	8 (13,1)	
5	0	4 (8,7)	4 (6,6)	
7	1 (6,7)	0	1 (1,6)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	6 (40)	14 (30,4)	20 (32,8)	0,54†
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	2 (13,3)	2 (4,3)	4 (6,6)	0,29
pisanje oproštajnog pisma	1 (6,7)	3 (6,5)	4 (6,6)	
davanje svojih vrijednosti drugima	1 (6,7)	1 (2,2)	2 (3,3)	
ne priprema	11 (73,3)	40 (87)	51 (83,6)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	3 (20)	5 (10,9)	8 (13,1)	0,30
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	8 (53,3)	38 (82,6)	46 (75,4)	**0,002**
1	6 (40)	5 (10,9)	11 (18)	
2	1 (6,7)	3 (6,5)	4 (6,6)	
Ukupno	15 (100)	46 (100)	61 (100)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.56. Stvarni pokušaj samoubojstva kod prijema i otpusta prema načinu života

	Stvarni pokušaj samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
		Žive sami	U braku su ili u vezi	Ukupno	
1.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	0	1 (2,2)	1 (1,6)	
	manje tjelesno oštećenje	4 (26,7)	8 (17,4)	12 (19,7)	
	umjereno tjelesno oštećenje	7 (46,7)	28 (60,9)	35 (57,4)	0,66
	umjereno teško tjelesno oštećenje, potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega	4 (26,7)	9 (19,6)	13 (21,3)	
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	0	2 (4,3)	2 (3,3)	
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	1 (6,7)	2 (4,3)	3 (4,9)	0,95†
	nije primjenjivo	14 (93,3)	42 (91,3)	56 (91,8)	
21.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	15(100)	46 (100)	61 (100)	-
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	1 (6,7)	5 (10,9)	6 (9,8)	
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	10 (66,7)	29 (63)	39 (63,9)	> 0,99†
	ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi	4 (26,7)	12 (26,1)	16 (26,2)	
	Ukupno	15 (100)	46 (100)	61 (100)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

5.6.4. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema obiteljskoj anamnezi

Obiteljska anamneza ne utječe na zamišljanje samoubojstva ili na intenzitet zamišljanja suicida, kod prijema i otpusta (Tablica 5.57, Tablica 5.58 i Tablica 5.59).

Tablica 5.57. Zamišljanje samoubojstva kod prijema i otpusta prema obiteljskoj anamnezi

Zamišljanje samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
	član obitelji liječen po psihijatru	član obitelji počinio suicid	nitko se iz obitelji ne liječi po psihijatru	
1. dan				
Žele da su mrtvi	25 (100)	17 (100)	19 (100)	-
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	25 (100)	17 (100)	19 (100)	-
Aktivno zamišljaju bez namjere	9 (36)	7 (41,2)	11 (57,9)	0,38
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	22 (88)	16 (94,1)	18 (94,7)	0,72
21. dan				
Žele da su mrtvi	12 (48)	4 (23,5)	6 (31,6)	0,29
Imaju neodređene aktivne misli o suicidu	25 (100)	16 (94,1)	19 (100)	0,28
Aktivno zamišljaju bez namjere	15 (60)	8 (47,1)	5 (26,3)	0,09
Aktivno zamišljanje samoubojstva sa ponekom namjerom	3 (12)	0	0	0,11

*Fisherov egzaktni test

Tablica 5.58. Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema prema obiteljskoj anamnezi

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod prijema	Broj (%) ispitanika			P*
	član obitelji liječen po psihijatru	član obitelji počinio suicid	nitko se iz obitelji ne liječi po psihijatru	
Učestalost				
2 - 5x tjedno	1 (4)	1 (5,9)	3 (15,8)	
svaki dan ili skoro svaki dan	14 (56)	9 (52,9)	7 (36,8)	0,61
puno puta svakog dana	10 (40)	7 (41,2)	9 (47,4)	
Trajanje suicidalnih misli				
manje od 1 sata / neko vrijeme	0	0	1 (5,3)	
1 - 4 sata / puno vremena	2 (8)	3 (17,6)	6 (31,6)	0,17
4 - 8 sati / puno vremena	17 (68)	9 (52,9)	6 (31,6)	
više od 8 sati / dugo ili neprekidno	6 (24)	5 (29,4)	6 (31,6)	
Sposobnost kontroliranja misli				
ni ne pokušava kontrolirati svoje misli	8 (32)	3 (17,6)	6 (31,6)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	1 (4)	1 (5,9)	1 (5,3)	0,79†
može kontrolirati uz puno poteškoća	2 (8)	3 (17,6)	4 (21,1)	
ne može kontrolirati svoje misli	14 (56)	10 (58,8)	8 (42,1)	
NE - razlozi za suicid				
nije primjenjivo	15 (60)	11 (64,7)	11 (57,9)	
ti razlozi su vas sigurno spriječili u suicidu	0	1 (5,9)	0	
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	0	1 (5,9)	2 (10,5)	0,38†
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	4 (16)	0	3 (15,8)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	6 (24)	4 (23,5)	3 (15,8)	
Razlozi zamišljanja suicida				
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	5 (20)	7 (41,2)	5 (26,3)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	9 (36)	3 (17,6)	5 (26,3)	0,72
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	5 (20)	4 (23,5)	6 (31,6)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	6 (24)	3 (17,6)	3 (15,8)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Tablica 5.59. Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta prema obiteljskoj anamnezi

Intenzitet zamišljanja samoubojstva kod otpusta	Broj (%) ispitanika			P*
	član obitelji liječen po psihijatru	član obitelji počinio suicid	nitko se iz obitelji ne liječi po psihijatru	
Učestalost				
manje od 1x tjedno	4 (16)	3 (17,6)	5 (26,3)	0,73
jednom tjedno	9 (36)	8 (47,1)	4 (21,1)	
2 - 5x tjedno	8 (32)	4 (23,5)	8 (42,1)	
svaki dan ili skoro svaki dan	4 (16)	2 (11,8)	2 (10,5)	
Trajanje suicidalnih misli				
kratko, nekoliko sekundi ili minuta	4 (16)	6 (35,3)	7 (36,8)	0,73
manje od 1 sata / neko vrijeme	16 (64)	5 (29,4)	6 (31,6)	
1 - 4 sata / puno vremena	5 (20)	6 (35,3)	6 (31,6)	
Sposobnost kontroliranja misli				
lako može kontrolirati misli	0	0	4 (21,1)	0,07
može kontrolirati uz manje poteškoće	10 (40)	4 (23,5)	3 (15,8)	
može kontrolirati uz dosta poteškoća	10 (40)	5 (29,4)	6 (31,6)	
može kontrolirati uz puno poteškoća	5 (20)	8 (47,1)	6 (31,6)	
NE razlozi za suicid				
ti razlozi su vas vjerojatno spriječili u suicidu	1 (4)	1 (5,9)	1 (5,3)	0,98
nije sigurno da su vas ti razlozi spriječili u suicidu	11 (44)	6 (35,3)	7 (36,8)	
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	10 (40)	7 (41,2)	7 (36,8)	
ti razlozi vas sigurno nisu spriječili	3 (12)	3 (17,6)	4 (21,1)	
Razlozi zamišljanja suicida				
nije primjenjivo	0	1 (5,9)	0	0,66†
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	5 (20)	5 (29,4)	5 (26,3)	
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih kao i da prekine odnosno spriječi bol	8 (32)	5 (29,4)	5 (26,3)	
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (nije više mogao živjeti sa tom boli i na taj način kako se osjeća)	4 (16)	4 (23,5)	6 (31,6)	
Potpuno da prekine odnosno spriječi bol	8 (32)	2 (11,8)	3 (15,8)	

*χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Ispitanici, kod prijema, čiji je član obitelji učinio suicid značajno češće pišu oproštajna pisma, dok ispitanici koji nemaju članove obitelji koji se liječe po psihijatru, kupuju i skupljaju tablete (χ^2 test, P = 0,001), dok kod otpusta, ti ispitanici značajno češće ne pripremaju samoubojstvo (χ^2 test, P = 0,03) (Tablica 5.60 i Tablica 5.61).

Tablica 5.60 Suicidalno ponašanje kod prijema i otpusta prema obiteljskoj anamnezi

Suicialno ponašanje	Broj (%) ispitanika			P*
	član obitelji liječen po psihijatru	član obitelji počinio suicid	nitko se iz obitelji ne liječi po psihijatru	
1. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	8 (32)	6 (35,3)	5 (26,3)	0,46
2	4 (16)	6 (35,3)	7 (36,8)	
3	5 (20)	4 (23,5)	3 (15,8)	
4	6 (24)	1 (5,9)	1 (5,3)	
5	2 (8)	0	2 (10,5)	
7	0	0	1 (5,3)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	8 (32)	7 (41,2)	8 (42,1)	0,79
Odustajanje od samoubojstva	0	2 (11,8)	1 (5,3)	0,18
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	13 (52)	3 (17,6)	12 (63,2)	**0,001**
pisanje oproštajnog pisma	2 (8)	11 (64,7)	5 (26,3)	
davanje svojih vrijednosti drugima	10 (40)	3 (17,6)	2 (10,5)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	25 (100)	17 (100)	19 (100)	-
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	20 (80)	14 (82,4)	12 (63,2)	0,52
1	3 (12)	3 (17,6)	5 (26,3)	
2	2 (8)	0 (0)	2 (10,5)	
21. dan				
Ukupan broj dosadašnjih pokušaja suicida				
1	8 (32)	6 (35,3)	5 (26,3)	0,46
2	4 (16)	6 (35,3)	7 (36,8)	
3	5 (20)	4 (23,5)	3 (15,8)	
4	6 (24)	1 (5,9)	1 (5,3)	
5	2 (8)	0	2 (10,5)	
7	0	0	1 (5,3)	
Nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja	6 (24)	7 (41,2)	7 (36,8)	0,48
Pripremanje samoubojstva				
kupovanje i skupljanje tableta	0	3 (17,6)	1 (5,3)	**0,03**
pisanje oproštajnog pisma	3 (12)	0	1 (5,3)	
davanje svojih vrijednosti drugima	0	2 (11,8)	0	
ne priprema	22 (88)	12 (70,6)	17 (89,5)	
Suicidalno ponašanje tijekom procjene	3 (12)	3 (17,6)	2 (10,5)	0,79
Broj odustajanja od pokušaja suicida				
0	20 (80)	14 (82,4)	12 (63,2)	0,52
1	3 (12)	3 (17,6)	5 (26,3)	
2	2 (8)	0 (0)	2 (10,5)	
Ukupno	25 (100)	17 (100)	19 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 5.61. Stvarni pokušaj samoubojstva kod prijema i otpusta prema obiteljskoj anamnezi

	Stvarni pokušaj samoubojstva	Broj (%) ispitanika			P*
		član obitelji liječen po psihijatru	član obitelji počinio suicid	nitko se iz obitelji ne liječi po psihijatru	
1.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	0	1 (2,2)	1 (1,6)	0,66
	manje tjelesno oštećenje	4 (26,7)	8 (17,4)	12 (19,7)	
	umjereno tjelesno oštećenje	7 (46,7)	28 (60,9)	35 (57,4)	
	umjereno teško tjelesno oštećenje, potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega	4 (26,7)	9 (19,6)	13 (21,3)	
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	0	2 (4,3)	2 (3,3)	0,95
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	1 (6,7)	2 (4,3)	3 (4,9)	
	nije primjenjivo	14 (93,3)	42 (91,3)	56 (91,8)	
21.dan	**Stvarna smrtnost / medicinsko oštećenje**				
	bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tj. oštećenje	25(100)	17 (100)	19 (100)	-
	Potencijalna smrtnost				
	ponašanje vrlo vjerojatno neće dovesti do ozljede	1 (6,7)	5 (10,9)	6 (9,8)	0,22
	ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt	10 (66,7)	29 (63)	39 (63,9)	
	ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi	4 (26,7)	12 (26,1)	16 (26,2)	
	Ukupno	15 (100)	46 (100)	61 (100)	

*Fisherov egzaktni test

5.7. Povezanost suicidalnih ideja i pokušaja suicida s pokazateljima razloga za život

Upitnikom o razlozima za život procjenjuju se "posljedice" odluke za nastavak života naspram posljedica koje bi donio suicid kao i važnost različitih razloga za nastavkom života. Značajno niže vrijednosti cijele ljestvice (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) imaju suicidalni ispitanici, kao i po pojedinim podljestvicama, osim u preživljenju i mehanizmu suočavanja (Tablica 5.62).

Tablica 5.62. Srednje vrijednosti ocjene razloga za život prema suicidalnosti

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Suicidalne ideje ili pokušaj suicida	Bez suicidalnih ideja	Ukupno	
Preživljenje i mehanizmi suočavanja (SCB)	54 (42,5 - 66)	72,5 (10,8 - 89,3)	61 (33 - 81)	0,12
Odgovornost prema obitelji (RF)	22 (16 - 28,5)	35 (30 - 39)	29 (20 - 36)	**< 0,001**
Briga za dijete (CRC)	9 (6 - 12,5)	15 (12 - 17)	12 (8 - 15)	**< 0,001**
Strah od samoubojstva (FS)	12 (9 - 19)	21,5 (15 - 29)	16 (10 - 24)	**< 0,001**
Strah od socijalnog neprihvaćanja (FSD)	6 (3 - 8)	10 (6,8 - 14)	7 (4 - 12)	**< 0,001**
Moralni prigovori (MO)	8 (6 - 12,5)	16 (12,8 - 20)	12 (7 - 16)	**< 0,001**
Ukupno upitnik o razlozima za život	117 (100 - 130)	192 (172,8 - 208,8)	148 (115 - 192)	**< 0,001**

*Mann Whitney U test

U skupini suicidalnih ispitanika, značajno više ocjene u preživljenju i mehanizmu suočavanja (Mann Whitney U test, P = 0,01), brige za dijete (Mann Whitney U test, P = 0,03), strahu od samoubojstva (Mann Whitney U test, P = 0,02) te sveukupnoj skali (Mann Whitney U test, P = 0,001) imaju ispitanici s bipolarnim poremećajem i s teškom depresivnom epizodom.

Kod nesuicidalnih ispitanika nema značajnih razlika u razlozima za život prema afektivnim poremećajima (Tablica 5.63).

U skupini suicidalnih ispitanika, značajno niže ocjene u odgovornosti prema obitelji (Kruskal Wallis test, P < 0,001), brige za dijete (Kruskal Wallis test, P = 0,006), te sveukupnoj skali (Kruskal Wallis test, P < 0,001) imaju ispitanici s jako izraženom depresijom.

Kod nesuicidalnih ispitanika, uspoređujemo samo skupine od blage do teške depresije, jer vrlo tešku depresiju ima samo jedan ispitanika, značajno niže vrijednosti straha od

samoubojstva (Kruskal Wallis test, P = 0,01), te značajno niže vrijednosti sveukupne skale (Kruskal Wallis test, P < 0,001) imaju ispitanici s teškom depresijom (Tablica 5.64).

Tablica 5.63. Srednje vrijednosti ocjene razloga za život prema afektivnim poremećajima u skupinama suicidalnih i nesuicidalnih ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	Ukupno	
Suicidalni ispitanici				
Preživljenje i mehanizmi suočavanja (SCB)	50,5 (38,3 - 61,3)	61 (49 - 72)	54 (42,5 - 66)	**0,01**
Odgovornost prema obitelji (RF)	20 (16 - 28)	23 (14 - 29)	22 (16 - 28,5)	0,48
Briga za dijete (CRC)	8 (4,8 - 9,3)	10 (6 - 14)	9 (6 - 12,5)	**0,03**
Strah od samoubojstva (FS)	11 (9 - 13,3)	15 (9 - 22)	12 (9 - 19)	**0,02**
Strah od socijalnog neprihvaćanja (FSD)	4 (3 - 7)	6 (3 - 8)	6 (3 - 8)	0,12
Moralni prigovori (MO)	8 (5,8 - 10,5)	8 (6 - 13)	8 (6 - 12,5)	0,60
Ukupno upitnik o razlozima za život	103 (84,8 - 120,8)	123 (109 - 144)	117 (100 - 130)	**0,001**
Nesuicidalni ispitanici				
Preživljenje i mehanizmi suočavanja (SCB)	66 (10,5 - 86,3)	81 (10,8 - 91)	72,5 (10,8 - 89,3)	0,31
Odgovornost prema obitelji (RF)	36 (29,8 - 38,8)	34 (30 - 40,3)	35 (30 - 39)	0,85
Briga za dijete (CRC)	14,5 (10,3 - 16)	15 (12,8 - 17)	15 (12 - 17)	0,27
Strah od samoubojstva (FS)	23 (18 - 30,8)	20 (14,5 - 28)	21,5 (15 - 29)	0,18
Strah od socijalnog neprihvaćanja (FSD)	11,5 (6 - 12,8)	10 (7 - 14)	10 (6,8 - 14)	0,84
Moralni prigovori (MO)	16,5 (15 - 21,8)	16 (10,5 - 20)	16 (12,8 - 20)	0,18
Ukupno upitnik o razlozima za život	207,5 (169,5 - 219,3)	190,5 (174,5 - 204,3)	192 (172,8 - 208,8)	0,26

*Mann Whitney U test

Tablica 5.64. Srednje vrijednosti ocjene razloga za život prema jačini depresije u skupinama suicidalnih i nesuicidalnih ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)				P*
	Blaga depresija	Umjerena depresija	Teška depresija	Vrlo teška depresija	
Suicidalni ispitanici					
Preživljenje i mehanizmi suočavanja (SCB)	31 (24 - 86)	54 (48 - 67)	61 (32 - 86)	47 (26 - 69)	0,07
Odgovornost prema obitelji (RF)	28 (17 - 29)	28 (20 - 34)	23 (13 - 42)	14 (10 - 26)	**<0,001**
Briga za dijete (CRC)	11 (8 - 16)	8 (8 - 11)	10 (3 - 16)	4,5 (2 - 16)	**0,006**
Strah od samoubojstva (FS)	11 (7 - 20)	13 (9 - 19)	12 (7 - 38)	12 (7 - 36)	0,95
Strah od socijalnog neprihvaćanja (FSD)	8 (3 - 8)	5 (3 - 7)	4 (3 - 14)	6,5 (2 - 12)	0,39
Moralni prigovori (MO)	6 (4 - 15)	9 (4 - 19)	8 (3 - 20)	8 (2 - 15)	0,69
Ukupno upitnik o razlozima za život	118 (72 - 142)	119 (72 - 168)	123 (78 - 158)	94,5 (70 - 121)	**<0,001**
Nesuicidalni ispitanici				**(N=1)**	
Preživljenje i mehanizmi suočavanja (SCB)	91,8 (23 - 0)	84,8 (75 - 0)	89 (79 - 0)	88	0,63†
Odgovornost prema obitelji (RF)	40,8 (36 - 0)	36,5 (32,5 - 0)	38 (35 - 0)	21	0,18†
Briga za dijete (CRC)	17 (15,5 - 0)	16 (14 - 0)	18 (15 - 0)	16	0,41†
Strah od samoubojstva (FS)	29 (26 - 0)	23,8 (16,5 - 0)	22 (20 - 0)	30	**0,01**†
Strah od socijalnog neprihvaćanja (FSD)	14 (11,5 - 0)	13,5 (8 - 0)	14 (5 - 0)	12	0,39†
Moralni prigovori (MO)	20 (18 - 0)	19,5 (15,5 - 0)	16 (15 - 0)	22	0,46†
Ukupno upitnik o razlozima za život	220,8 (205 - 0)	194,3 (179 - 0)	173 (171 - 0)	189	**<0,001**†

*Kruskal Wallis test; † između grupa blaga depresija do teška depresija(po HAM-D)

Spearmanovim koeficijentom korelacije (Rho) ocijenili smo povezanost osnovnih dimenzija temperamenta i karaktera s razlozima za nastavak života.

U skupini ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem s teškom depresivnom epizodom, kod prijema, najjača je negativna veza preživljenja i mehanizma suočavanja (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0{,}616$ $P < 0{,}001$), te moralnim prigovorima (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0{,}511$ $P = 0{,}004$) s izbjegavanjem štete.

Kod otpusta značajna je jedino negativna povezanost preživljenja i mehanizma suočavanja (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0{,}628$ $P < 0{,}001$) s izbjegavanjem štete (Tablica 5.65).

Tablica 5.65. Ocjena povezanosti osnovnih dimenzija temperamenta i karaktera s razlozima za nastavak život u skupini ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem s teškom depresivnom epizodom

Povratni depresivni poremećaj - teška depresivna epizoda	Spearmanov koeficijent korelacije (Rho)					
	Preživljenje i mehanizmi suočavanja (SCB)	Odgovornost prema obitelji (RF)	Briga za dijete (CRC)	Strah od samoubojstva (FS)	Strah od socijalnog neprihvaćanja (FSD)	Moralni prigovori (MO)
1. dan						
Izbjegavanje štete (HA)	**-0,616 (<0,001)**	-0,217 (0,25)	-0,129 (0,49)	-0,104 (0,58)	0,208 (0,27)	**-0,511 (0,004)**
Traganje za novim (NS)	0,079 (0,67)	**0,401 (0,02)**	**0,373 (0,04)**	0,071 (0,71)	-0,158 (0,40)	0,189 (0,31)
Ovisnost o nagradi (RD)	0,144 (0,45)	0,045 (0,81)	-0,090 (0,63)	-0,255 (0,17)	0,015 (0,93)	0,180 (0,34)
Upornost (P)	0,066 (0,73)	-0,064 (0,74)	0,08 (0,67)	0,201 (0,28)	0,066 (0,73)	0,082 (0,67)
Samo-vođenje (SD)	0,006 (0,97)	0,135 (0,47)	0,193 (0,30)	0,032 (0,86)	0,240 (0,20)	-0,148 (0,43)
Suradnja (CO)	0,092 (0,62)	-0,063 (0,74)	-0,14 (0,45)	0,203 (0,28)	0,114 (0,54)	**0,362 (0,04)**
Nadilaženje samoga sebe (ST)	0,035 (0,85)	0,122 (0,51)	-0,212 (0,26)	-0,072 (0,70)	-0,064 (0,73)	0,141 (0,45)

21. dan						
Izbjegavanje štete (HA)	**-0,628 (<0,001)**	-0,073 (0,70)	-0,012 (0,95)	0,053 (0,78)	0,269 (0,15)	-0,156 (0,41)
Traganje za novim (NS)	-0,070 (0,71)	0,153 (0,41)	0,201 (0,28)	-0,079 (0,67)	-0,097 (0,60)	-0,223 (0,23)
Ovisnost o nagradi (RD)	0,101 (0,59)	0,045 (0,81)	-0,225 (0,23)	-0,221 (0,24)	-0,029 (0,87)	0,197 (0,29)
Upornost (P)	0,212 (0,26)	0,052 (0,78)	0,048 (0,80)	0,061 (0,74)	0,007 (0,97)	0,151 (0,42)
Samo-vođenje (SD)	0,047 (0,80)	0,127 (0,50)	0,194 (0,30)	0,034 (0,86)	0,292 (0,11)	-0,15 (0,42)
Suradnja (CO)	0,134 (0,48)	-0,104 (0,58)	-0,015 (0,93)	0,346 (0,06)	0,118 (0,53)	0,307 (0,09)
Nadilaženje samoga sebe (ST)	-0,020 (0,91)	-0,155 (0,41)	-0,247 (0,18)	-0,203 (0,28)	-0,067 (0,72)	-0,042 (0,82)

U skupini ispitanika s bipolarnim poremećajem s teškom depresivnom epizodom, kod prijema, najjača je negativna veza odgovornosti prema obitelji s izbjegavanjem štete (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0,712$ $P < 0,001$), brige za dijete s izbjegavanjem štete, te moralnim prigovorima (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0,511$ $P = 0,004$) s izbjegavanjem štete (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0,513$ $P = 0,003$). Značajna pozitivna povezanost je preživljenja i mehanizma suočavanja s upornosti (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = 0,549$ $P = 0,001$).

Kod otpusta najjača je negativna veza odgovornosti prema obitelji s izbjegavanjem štete (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0,672$ $P < 0,001$); a značajna dobra pozitivna veza je strah od samoubojstva s ovisnosti o nagradi (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = 0,533$ $P = 0,002$), te strah od samoubojstva s nadilaženjem samog sebe (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = 0,531$ $P = 0,002$) (Tablica 5.66)

Tablica 5.66. Ocjena povezanosti osnovnih dimenzija temperamenta i karaktera s razlozima za nastavak život u skupini ispitanika s bipolarnim poremećajem s teškom depresivnom epizodom

Bipolarni poremećaj - teška depresivna epizoda	Spearmanov koeficijent korelacije (Rho) (P vrijednost)					
	Preživljenje i mehanizmi suočavanja (SCB)	Odgovornost prema obitelji (RF)	Briga za dijete (CRC)	Strah od samoubojstva (FS)	Strah od socijalnog neprihvaćanja (FSD)	Moralni prigovori (MO)
1. dan						
Izbjegavanje štete (HA)	-0,332 (0,06)	**-0,712 (<0,001)**	**-0,513 (0,003)**	**0,389 (0,03)**	0,261 (0,15)	0,006 (0,97)
Traganje za novim (NS)	0,178 (0,33)	**0,423 (0,01)**	0,313 (0,08)	-0,178 (0,33)	-0,008 (0,96)	-0,136 (0,46)
Ovisnost o nagradi (RD)	-0,148 (0,42)	-0,165 (0,37)	-0,198 (0,28)	**0,474 (0,007)**	**0,500 (0,004)**	0,235 (0,20)
Upornost (P)	**0,549 (0,001)**	0,255 (0,16)	-0,123 (0,51)	-0,074 (0,69)	0,097 (0,60)	0,078 (0,67)
Samo-vođenje (SD)	-0,157 (0,39)	-0,263 (0,15)	**-0,362 (0,04)**	-0,175 (0,34)	-0,144 (0,43)	-0,095 (0,61)
Suradnja (CO)	-0,166 (0,37)	0,123 (0,51)	0,112 (0,54)	0,218 (0,23)	0,152 (0,41)	-0,099 (0,59)
Nadilaženje samoga sebe (ST)	0,099 (0,59)	0,162 (0,38)	0,306 (0,09)	**0,440 (0,01)**	0,344 (0,05)	0,072 (0,70)
21. dan						
Izbjegavanje štete (HA)	-0,350 (0,06)	**-0,672 (<0,001)**	**-0,481 (0,006)**	**0,415 (0,02)**	0,240 (0,19)	-0,004 (0,98)
Traganje za novim (NS)	**0,395 (0,02)**	0,299 (0,10)	0,336 (0,06)	0,044 (0,81)	0,059 (0,75)	0,047 (0,80)
Ovisnost o nagradi (RD)	-0,011	-0,188	-0,119	**0,533**	**0,425**	0,275

	(0,95)	(0,31)	(0,52)	**(0,002)**	**(0,01)**	(0,13)
Upornost (P)	**-0,393** **(0,02)**	0,228 (0,21)	-0,210 (0,25)	-0,095 (0,61)	0,043 (0,81)	-0,237 (0,20)
Samo-vođenje (SD)	-0,088 (0,63)	-0,198 (0,28)	**-0,381** **(0,03)**	0,037 (0,84)	0,041 (0,82)	0,044 (0,81)
Suradnja (CO)	-0,155 (0,40)	-0,062 (0,74)	0,188 (0,31)	0,349 (0,05)	0,203 (0,27)	-0,007 (0,96)
Nadilaženje samoga sebe (ST)	0,135 (0,46)	0,091 (0,62)	0,281 (0,12)	**0,531** **(0,002)**	0,347 (0,06)	0,129 (0,48)

6. RASPRAVA

6.1. **Utjecaj specifičnih osobina ličnosti i suicidalnosti na oboljele od poremećaja raspoloženja**

Glavni cilj ovog istraživanja bio je sukladno specifičnim osobinama ličnosti temeljenim na neurobiološkom modelu utvrditi razlike između oboljelih od poremećaja raspoloženja (povratni depresivni poremećaj i bipolarno afektivni poremećaj) sa suicidalnim idejama i pokušajem suicida u odnosu na oboljele od istih poremećaja bez suicidalnih ideja i pokušaja. Na ispitivanome uzorku pacijenata potvrđeno je da grupa suicidalnih pacijenata s promatranim afektivnim poremećajima ima drugačiji profil karakteristika ličnosti u odnosu na nesuicidalne pacijente s istim poremećajima. Općenito, u grupi pacijenata sa suicidalnim idejama i pokušajem nađene su značajno više vrijednosti dimenzije temperamenta izbjegavanja štete (HA) te značajno niže vrijednosti dimenzije upornosti (P) uz također značajno niže vrijednosti dimenzija karaktera samo-vođenja (SD) i suradnje (CO). Više autora (Woo i sur.,2014.; Engstrom i sur., 2004.; Brezo i sur., 2006. godine) izvijestilo je o povezanosti između povišenih vrijednosti izbjegavanja štete (HA) i sniženih vrijednosti samo-vođenja (SD) i suicidalnog ponašanja kod oboljelih od poremećaja raspoloženja, što odgovara rezultatima u ovom istraživanju (138-140). Pelissolo i suradnici navode kako viša vrijednost dimenzije temperamenta izbjegavanje štete (HA), označena kao sklonost prema burnom reagiranju na averzivne stimuluse, može predstavljati o stanju-ovisnu (eng. state-dependent) osobinu ličnosti u depresiji (141). Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da visina vrijednosti dimenzije izbjegavanja štete može utjecati na razliku u karakteristikama ličnosti kod suicidalnih i nesuicidalnih bolesnika, što potkrepljuje Pelissolo-vu hipotezu. Dimenzija temperamenta izbjegavanje štete (HA) je višerazinska i kao osobina ličnosti može se tumačiti s različitih aspekata. S jedne strane, relativno više vrijednosti HA često koreliraju s težinom, trajanjem ili stanjem remisije u depresiji, ali još uvijek nije razjašnjeno jesu li vrijednosti HA uvjetovane težinom kliničke slike depresije ili se radi o stabilnom obilježju ličnosti, neovisno o težini depresije. U istraživanju koje su proveli Ekinci i suradnici postavljena je hipoteza dimenzije izbjegavanja štete kao stabilnog obilježja ličnosti, neovisnog o kliničkoj slici i tijeku depresije (142). Prema Cloninger-ovom neurobiološkom modelu ličnosti ova dimenzija temperamenta ima visoku stopu nasljeđivanja i povezana je s funkcioniranjem serotoninskog sustava (133, 141). Disfunkcija serotoninskog sustava ima značajnu ulogu u genetici i utječe na neurokemijske promjene koje su u podlozi suicidalnoga ponašanja (143,144). Sprega složenih nasljednih, neurobioloških i psihopatoloških utjecaja nedvojbeno potvrđuje važnu

ulogu dimenzije izbjegavanja štete (HA) u poremećajima raspoloženja i suicidalnom ponašanju. Različita istraživanja također otkrivaju konzistentne rezultate o povezanosti karakterne dimenzije samo-vođenja (SD) s depresivnim poremećajima. Karakterna dimenzija samo-vođenja ima sljedeća obilježja: samo-prihvaćanje, odgovornost i učinkovitost. Niske vrijednosti dimenzije samo-vođenja povezane su s nezrelošću, destruktivnošću, slabom integracijom self-a i neučinkovitošću (132). Općenito, poremećaji raspoloženja odnosno depresivne epizode imaju nepovoljan utjecaj na razvoj ove dimenzije karaktera, što za rezultat ima nezreli self-koncept koji predstavlja čimbenik vulnerabilnosti za negativni afekt (145). Osim povezanosti s depresivnim stanjima niske vrijednosti samo-vođenja povezane su i sa suicidalnošću. Ovo je istraživanje potvrdilo niske vrijednosti samo-vođenja u grupi suicidalnih bolesnika. Grucza i sur., kao Beccera i suradnici u svojim su istraživanjima na suicidalnim pacijentima došli do sličnih rezultata (146, 147). Unutar cijelog uzorka nisu pronađene značajne razlike u dimenzijama traganja za novim (NS), ovisnosti o nagradi (RD) i nadilaženju samoga sebe između skupine suicidalnih i nesuicidalnih pacijenata kod prijema i otpusta s liječenja. Dimenzija temperamenta traganje za novim (NS) imala je više vrijednosti u obje grupe pacijenata. Ipak, nešto viša bila je u skupini nesuicidalnih bolesnika. Nekoliko skupina autora (Perroud i sur.,2013.g.; Kampman i sur.; 2011.g. i Kampman i sur., 2012. godine) su u svojim istraživanjima dimenzija karaktera i temperamenta poput traganja za novim (NS), suradljivosti (CO) i upornosti (P) dobili vrlo heterogene rezultate. Pretpostavlja se da je uzrok tome veličina uzorka, metodologija istraživanja, odabir pacijenata kao i težina suicidalnog pokušaja (148-150). U ovom su istraživanju također dobivene varijabilne vrijednosti u dimenzijama traganja za novim (NS), upornosti (P) i ovisnosti o nagradi (RD), što se tumači kao specifično za ispitivani uzorak. U nekim je istraživanjima utvrđena povezanost viših vrijednosti traganja za novim i neurobioloških abnormalnosti sa psihotičnim epizodama u poremećajima raspoloženja. Pretpostavlja se da je dimenzija temperamenta traganje za novim povezana s dopaminskim i serotoninskim sustavom, a upravo disregulacija u tim sustavima može rezultirati višim vrijednostima ove dimenzije koja se povezuje s prethodno spomenutim kliničkim manifestacijama poremećaja raspoloženja (151, 152). Sukladno istraživanjima Izci i sur. te Engströma i sur. u skupini suicidalnih osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem – teška depresivna epizoda potvrđeni su rezultati vezani za više vrijednosti u dimenzijama izbjegavanja štete (HA) i traganja za novim (NS) te niže vrijednosti u dimenzijama samo-vođenja (SD), upornosti (P) i suradljivosti (C) (153, 154). Iako Tyrka i suradnici u svom istraživanju povezuju višu vrijednost dimenzije traganja za novim sa psihotičnim karakterom depresivnih epizoda u poremećaja raspoloženja, ova se

hipoteza ne može primijeniti na ispitivani uzorak zbog strogih kriterija probira, te ju se može shvatiti kao impulzivno obilježje koje možda pojačava suicidalno ponašanje (133, 152). U prethodno spomenutoj grupi pacijenata kao i kod suicidalnih bolesnika općenito, pronađene niže vrijednosti detektirane su u dimenzijama karaktera samo-vođenje i suradnja, koje neki autori (Slama i sur., 2004.g.; Kessing, 1998.g.) smatraju prediktorima razvoja poremećaja ličnosti. Naime, poznato je da je u odnosu na depresivni poremećaj bipolarni afektivni poremećaj češće povezan s komorbidnim poremećajem ličnosti (155, 156). Uz Woo i sur., Conrad i suradnici su u svojim istraživanjima na suicidalnim pacijentima s depresivnim poremećajem dobili više vrijednosti dimenzije izbjegavanje štete te niže vrijednosti dimenzija samo-vođenje i traganje za novim (138,157). Nalazi za skupinu suicidalnih pacijenata s povratnim depresivnim poremećajem – teška depresivna epizoda također odgovaraju nalazima prethodno spomenutih istraživanja, preciznije više vrijednosti dimenzije izbjegavanje štete te niže vrijednosti dimenzija samo-vođenja i traganja za novim. Prisutnost obrnuto proporcionalnih rezultata u dimenzijama traganje za novim i upornost u odnosu na dimenziju izbjegavanje štete može se protumačiti kao klinička značajna i povezana s depresivnom epizodom (149). Zanimljiv nalaz dolazi iz skupine suicidalnih bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem – teška depresivna epizoda, a odnosi se na višu vrijednost u karakternoj dimenziji nadilaženje samoga sebe (ST) koja se nalazi u korelaciji sa sniženim vrijednostima u dimenziji samo-vođenje (SD). Tijekom godina više je autora (Aukst Margetić i sur., 2011.g.; Bulik i sur., 1999.g.; Brent i sur., 2005.godina) u svojim istraživanjima potvrdilo povezanost viših vrijednosti u dimenziji nadilaženja samoga sebe (ST) i suicidalnosti, što se može tumačiti pretpostavkom da su više vrijednosti dimenzije nadilaženje samoga sebe i niže vrijednosti dimenzije samo-vođenje povezane s nezrelim, nelogičnim i impulzivnim obrascima ponašanja (158-160). Rezultat ovoga istraživanja sukladan je spomenutim istraživanjima, no samo u skupini suicidalnih ispitanika s bipolarnim poremećajem, stoga je moguće pretpostaviti da je ova skupina rizičnija za suicidalni pokušaj.

Kako bi se dobio detaljniji uvid u interakciju obilježja ličnosti u skupini suicidalnih i nesuicidalnih osoba oboljelih od specifičnih afektivnih poremećaja, navedena obilježja promatrana su multi-dimenzionalno, odnosno prema povezanosti s intenzitetom depresije (prema HAM-D ljestvici) i promjenama karakteristika ličnosti kod prijema i otpusta u odnosu na težinu depresije, suicidalnost i afektivni poremećaj te kroz povezanost težine depresije s obilježjima suicidalnosti (C-SSRS ljestivica).

U skupini suicidalnih bolesnika s povratnim depresivnim poremećajem – teška depresivna epizoda nađene su kod prijema značajno više vrijednosti u dimenziji temperamenta izbjegavanje štete (HA), suradljivost (C) i upornost (P) te snižene vrijednosti u dimenziji traganje za novim (NS). Kod otpusta iste skupine bolesnika identificirane su više vrijednosti u dimenziji HA i C te snižene vrijednosti u dimenziji NS.

Sukladno intenzitetu depresije svi suicidalni bolesnici iz uzorka pate od vrlo teške depresije. U pogledu prijema skupinu suicidalnih bolesnika s povratnim depresivnim poremećajem – teška depresivna epizoda kod prijema karakterizira, osim verificiranja vrlo teške depresije, najveća vrijednost temperamenta izbjegavanje štete (HA) i najniža vrijednost dimenzije upornost (P). Kod otpusta iste skupine ispitanika ustanovljene su više vrijednosti u dimenziji upornost kod ispitanika s blagim i umjerenim intenzitetom depresije u odnosu na ispitanike s teškim i vrlo teškim intenzitetom depresije dok u ostalim dimenzijama temperamenta i karaktera nema značajnih razlika prema stupnju depresije kod otpusta.

U skupini suicidalnih pacijenata s bipolarnim afektivnim poremećajem utvrđene su kod prijema povišene vrijednosti u dimenziji izbjegavanje štete (HA) i nadilaženje samoga sebe (ST) te snižene vrijednosti u dimenziji traganje za novim (NS), samo-vođenje (SD) i suradljivost (C) dok kod otpusta ove skupine bolesnika dolazi do značajne promjene u svim dimenzijama temperamenta i karaktera (tablica 5.10). S obzirom na težinu depresije u skupini suicidalnih bolesnika s bipolarno afektivnim poremećajem ističu se značajno više vrijednosti dimenzije upornost kod ispitanika s vrlo teškom depresijom u odnosu na one s blagim i umjerenim intenzitetom depresije. U ostalim dimenzijama temperamenta i karaktera nema značajnih razlika prema stupnju depresije kod otpusta.

Kod prijema pacijenata iz skupine s vrlo teškom depresijom u oba poremećaja raspoloženja postoje općenito značajne razlike u dimenzijama izbjegavanje štete (HA), traganje za novim (NS), upornost (P) i samo-vođenje (SD). S druge strane, kod otpusta prema jačini depresije dolazi do značajnih razlika između osoba s povratnim depresivnim poremećajem i osobama s bipolarnim poremećajem u dimenzijama izbjegavanje štete (HA) dok se razlika u samo-vođenju (SD) pojavljuje samo kod blagog i umjerenog stupnja depresije, a u suradljivosti (C) i nadilaženju samoga sebe (ST) kod teškog i vrlo teškog stupnja depresije.

Kod prijema nesuicidalnih osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem utvrđene su povišene (iako ne značajno) vrijednosti izbjegavanja štete (HA), značajno snižene vrijednosti u dimenziji traganje za novim (NS) i nadilaženje samoga sebe (ST) te povišene vrijednosti u

dimenziji ovisnost o nagradi (RD). Kod otpusta ove skupine pacijenata izostaje povišena vrijednost u dimenziji izbjegavanje štete, no zadržavaju se snižene vrijednosti u dimenzijama traganje za novim (NS), samo-vođenje (SD) i nadilaženje samoga sebe (ST).

Dobiveni su rezultati dijelom tipični za ovo istraživanje te govore u prilog postojanja specifičnih karakteristika ličnosti upravo kod suicidalnih osoba oboljelih od odnosnih poremećaja raspoloženja. Interakcija između viših vrijednosti u dimenziji izbjegavanje štete i nižih vrijednosti u dimenzijama samo-vođenje, suradljivost i traganje za novim (snižene vrijednosti specifične za ovaj klinički uzorak) s razinom intenziteta depresije može utjecati na dokazanu negativnu modulaciju obrazaca ponašanja (neuspješnost, neučinkovitost, impulzivnost) koje rezultira suicidalnim ponašanjem. S druge strane, na uzorku se zamjećuje da kod otpusta pacijenata iz skupine suicidalnih bolesnika perzistiraju relativno visoke vrijednosti u dimenzijama temperamenta izbjegavanje štete (HA) i upornost (P) te snižene vrijednosti u dimenzijama karaktera samo-vođenje (SD) i nadilaženje samoga sebe (dok su povišene vrijednosti kod suicidalnih bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem). Ovaj bi se nalaz mogao objasniti time da suicidalno ponašanje najvjerojatnije pojačava intenzitet depresije pa i time da skupina suicidalnih pacijenata s promatranim poremećajima raspoloženja ima specifičnu neurobiološku podlogu koja se manifestira upravo putem navedenih karakteristika ličnosti te ne mora nužno ovisiti o stupnju težine depresije kao takve. Dobiveni rezultat kao i s njim povezana pretpostavka sukladna je dobivenim rezultatima u istraživanju Jylhä i suradnika (161). Isto se može potvrditi rezultatima dobivenim u skupini nesuicidalnih bolesnika gdje inicijalno postoje povišene vrijednosti u dimenziji izbjegavanje štete (HA), koje se povezuju s činjenicom postojanja depresivnog stanja. Nasuprot tome, kod otpusta se nalazi značajniji porast (kod još uvijek sniženih vrijednosti) u dimenzijama samo-vođenje, nadilaženje samoga sebe i traganje za novim, što se podudara s nalazima u sličnim istraživanjima. Istraživanja Karam i sur. te McAdams i sur. sugeriraju da se upravo te relativno više vrijednosti u navedenim dimenzijama (u odnosu na suicidalne bolesnike) mogu smatrati i zaštitnim čimbenikom (162, 163).

Stalnost prethodno spomenutih vrijednosti u dimenzijama temperamenta i karaktera (povišene vrijednosti HA i P, snižene vrijednosti SD i ST) u skupini suicidalnih pacijenata mogu se objasniti i s aspekta težine depresije i karakteristika suicidalnog pokušaja. Kod prijema na liječenje svi su suicidalni bolesnici priopćili da su stvarno pokušali suicid (45,9% njih je to realiziralo namjernim samotrovanjem te izlaganjem antiepilepticima, sedativima-hipnoticima, antiparkinsonicima i psihotropnim lijekovima nesvrstanim drugamo; X61.0 prema MKB-10),

njih 49,2% je zamišljalo suicid svaki dan ili skoro svaki dan, a 52,5% odnosnih ispitanika većinu vremena (prema C-SSRS ljestvici). Svoje misli o suicidu nije moglo kontrolirati 52,5% bolesnika dok je kod 60,7% njih intenzitet suicidalnih misli bio prisutan na način da se nije mogao interpretirati prema ponuđenim mogućnostima u C-SSRS ljestvici te je označen kao „nije primjenjivo“. Najčešći razlog zamišljanja suicida (27,9% ispitanika) je privlačenje pažnje, tj. da se osveti odnosno da izazove reakciju drugih ili da jednako dobije pažnju, da se osveti odnosno izazove reakciju drugih kao i da spriječi bol. S obzirom na razinu tjelesnog oštećenja, 57,4% ispitanika je imalo umjereno tjelesno oštećenje, a 21,3% umjereno teško tjelesno oštećenje. Dobiveni rezultati na ispitivanome uzorku potvrđuju one iz ranijih istraživanja (Gjelsvik i sur., 2016.g.; Jeger-Hyman i sur., 2014.g.; Richard-Devantoy i sur., 2014.g.) te upućuju na interakciju između težine depresije (teška i vrlo teška depresija), visokog intenziteta u zamišljanju suicida i disfunkcije na kognitivnom nivou (nemogućnost kontroliranja misli) sa stvarnim suicidalnim pokušajem (164-166).

Zanimljivi su rezultati u grupi suicidalnih pacijenata, dobiveni na dan otpusta u odnosu na težinu depresije i karakteristike suicidalnog ponašanja. Naime, čak 98,4% bolesnika i dalje ima neodređene aktivne misli o suicidu, a 36% njih ima želju biti mrtav. Ukupno je veća učestalost zamišljanja samoubojstva kao i trajanje suicidalnih misli kod ispitanika s vrlo teškom depresijom (tablica 5.22). Kod otpusta suicidalno ponašanje nastavlja se u 13,1% ispitanika, nesuicidalno samoozljeđivanje kod njih 32,8%, no kod otpusta se ne nalazi značajnih razlika u suicidalnom ponašanju prema jačini depresije. Isto tako, kod otpusta 26,2% ispitanika obilježava procijenjeni potencijalni rizik da će suicidalno ponašanje vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi. Neočekivano je da suicidalni bolesnici iznose postojanje suicidalnih misli i želje za smrću čak i na kraju predviđenog liječenja. U dosadašnjim istraživanjima (Youngstrom i sur., 2015.g.; Oquendo, 2015.g.; Sheehan i sur., 2014.g.) nije jasno pokazano utječu li karakteristike dimenzija temperamenta i karaktera na zamišljanje samoubojstva kod bolesnika s poremećajem raspoloženja ili obrnuto (modulira li suicidalno ponašanje karakteristike ličnosti na neurobiološkoj razini) (167-169). Može se pretpostaviti da određena razina povezanosti između dimenzije temperamenta izbjegavanje štete (upravo visoke vrijednosti te dimenzije govore u prilog da je pojedinac strašljiv, nesiguran, pasivan i negativan, što je i potvrđeno za poremećaje raspoloženja) i depresivnog raspoloženja, koje zaostaje u ispitivanoj skupini suicidalnih bolesnika s poremećajem raspoloženja, može podržavati i daljnje postojanje suicidalnih ideja. Pozitivna okolnost je to što C-SSRS kao instrument za procjenu pruža podatak o potencijalnoj smrtnosti

kod mogućeg idućeg suicidalnog pokušaja, čime se omogućava pomnije praćenje ispitanika visokog rizika (132, 133, 150).

6.2. Intenzitet i razina suicidalnog rizika temeljem karakteristika ličnosti

U pokušaju jasnijeg diferenciranja povezanosti intenziteta suicidalnog ponašanja s dimenzijama temperamenta i karaktera izvršena je usporedba svih dimenzija iz skupina „Zamišljanje samoubojstva“, „Intenzitet zamišljanja samoubojstva“ i „Suicidalno ponašanje“ iz instrumenta za procjenu suicidalnosti C-SSRS sa svim dimenzijama temperamenta i karaktera kod suicidalnih pacijenata s poremećajima raspoloženja. Ova je analiza jedinstvena za ovo istraživanje budući da do sada u literaturi nisu pronađena istraživanja sa sličnom metodologijom, odnosno uporabom navedenih instrumenata za procjenu. Dobiveni su rezultati značajni u odnosu na postavljenu hipotezu iz ovog istraživanja.

U skupini „Zamišljanje samoubojstva“ i u svim njezinim podskupinama u pogledu i prijema i otpusta skupine suicidalnih bolesnika s povratnim depresivnim poremećajem (F33.2) utvrđene su značajno povišene vrijednosti dimenzije izbjegavanje štete i značajno više vrijednosti samo-vođenja u odnosu na suicidalne bolesnike s bipolarnim poremećajem. Međutim, važno je spomenuti kako je osnovna vrijednost dimenzije samo-vođenje značajno niža na uzorku suicidalnih pacijenata. U spomenutoj skupini C-SSRS instrumenta, kod prijema i otpusta pacijenata iz skupine suicidalnih bolesnika s bipolarno afektivnim poremećajem (F31.4) nađene su značajno povišene vrijednosti traganja za novim, upornosti kao i povišene (iako ne značajno) vrijednosti izbjegavanja štete.

U skupini „Intenziteta zamišljanja samoubojstva“ u podskupini „Učestalost suicidalnih misli“, nije ustanovljena značajna razlika u dimenzijama temperamenta i karaktera ni kod prijema ni kod otpusta (samo-vođenje, nadilaženje samoga sebe, ovisnost o nagradi, suradnja).

U podskupini „Sposobnost kontroliranja misli“ ispitanici bez kontrole nad svojim mislima značajno se pri prijemu razlikuju u dimenzijama izbjegavanje štete, traganje za novim i samo-vođenje od ispitanika koji svoje misli niti ne pokušavaju kontrolirati ili ih kontroliraju uz puno poteškoća. U istoj je podskupini kod otpusta najviše značajnih razlika utvrđeno kod ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem koji svoje misli kontroliraju lako, i to u dimenzijama izbjegavanje šteta, ovisnost o nagradi, samo-vođenje te nadilaženju samoga sebe. Suicidalni bipolarni ispitanici kod otpusta imaju značajno više vrijednosti u traganju za novim.

U podskupini „Razlozi zamišljanja suicida“ ispitanici koji navode privlačenje pažnje ili osvetu/reakciju drugih kao razlog pokušaja suicida značajno se razlikuju prilikom otpusta prema afektivnom poremećaju u dimenziji izbjegavanje štete, traganje za novim i samo-vođenje. Onima kojima je razlog jednako i da dobiju pažnju i da se osvete odnosno izazovu reakciju drugih i prekinu/spriječe bol značajne su razlike prema afektivnom poremećaju u izbjegavanju štete, traganju za novim i samo-vođenju. Oni koji kao razlog navode sprječavanje ili prekidanje bol značajno su razlikuju prema afektivnom poremećaju u traganju za novim, izbjegavanju štete i upornosti.

Prilikom otpusta značajne razlike u dimenzijama temperamenta i karaktera prema afektivnim poremećajima podjednake su kao i kod prijema.

U segmentu „Suicidalno ponašanje“ (broj dosadašnjih pokušaja suicida, nesuicidalno samoozljeđivanje od početka liječenja, suicidalno ponašanje tijekom procjene, pripremanje samoubojstva, odustajanje od samoubojstva) pacijenti koji su kod prijema imali suicidalno ponašanje značajno se razlikuju prema afektivnom poremećaju u izbjegavanju štete, traganju za novim, upornosti i samo-vođenju dok su značajne razlike zabilježene prilikom otpusta samo u izbjegavanju štete. Također, i kod prijema i otpusta ispitanika koji ne odustaju od samoubojstva potvrđene su značajne razlike prema afektivnom poremećaju u dimenzijama izbjegavanje štete, traganje za novim i samo-vođenje. U ispitanika koji su imali 1-2 odustajanja od samoubojstva značajne su razlike u dimenzijama izbjegavanje štete i traganje za novim.

U podskupini „Stvarni pokušaj samoubojstva“ niti jedan ispitanik kod otpusta nema tjelesno oštećenje, no nalazimo značajno više vrijednosti u slijedećim dimenzijama ličnosti: izbjegavanje štete, samo-vođenje i upornost (osobito u skupini suicidalnih bolesnika s povratnim depresivnim poremećajem) dok su u skupini suicidalnih bolesnika s bipolarno afektivnim poremećajem nađene značajno više vrijednosti u dimenziji traganje za novim.

Razvidno je da su u svim segmentima procjene intenziteta samoubojstva s obzirom na afektivni poremećaj potvrđeni ranije dobiveni rezultati na ispitivanome uzorku u značajno višim i nižim vrijednostima dimenzija karaktera i temperamenta, preciznije značajno povišena dimenzija izbjegavanje štete, značajno snižena dimenzija samo-vođenje, te snižene dimenzije upornost i suradljivost. U suicidalnih ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem (F33.2) sveobuhvatno su prisutne više vrijednosti u dimenzijama izbjegavanje štete, samo-vođenje i upornost (koje su u osnovici snižene, no značajno su više u usporedbi s istom

skupinom pacijenata s F 31.4) dok su u skupini suicidalnih bolesnika s bipolarnim poremećajem pronađene više vrijednosti traganja za novim i upornosti.

Određena istraživanja (van Heerignen i sur., 2003.g.; Calati i sur., 2008.g.; Hirano i sur., 2002.g.) dokazuju povezanost depresije s povišenim vrijednostima dimenzija izbjegavanje štete i traganje za novim te nižih vrijednosti samo-vođenja kod suicidalnih bolesnika dok su rezultati istraživanja o ostalim dimenzijama ličnosti heterogeni (suradnja, upornost i ovisnost o nagradi), što je ranije prikazano i u rezultatima ovog istraživanja (138,139)(170-172). Temeljem dobivenih rezultata pretpostavljamo da u skupini suicidalnih bolesnika s afektivnim poremećajima uz depresivno stanje i visoka razina suicidalnih ideja tijekom promatranja bolesnika potpomaže manifestiranje upravo ovih specifičnih osobina ličnosti. Prema Cloningerovom neurobiološkom modelu dimenzije temperamenta izbjegavanje štete, traganje za novim i upornost čine svaka za sebe genetski homogene i neovisne sastavnice ličnosti. Dimenzije karaktera nemaju nasljedni potencijal. Visoke vrijednosti u dimenziji izbjegavanje štete pojedinca mogu činiti pesimističnim, zabrinutim, kronično umornim, obeshrabrenim i osjetljivim na kritiku. Visoke vrijednosti u dimenziji traganje za novim odaju brzopletost, impulzivnost, neurednost, sklonost prema rizičnim ponašanjima i nisku toleranciju na frustrirajuće okolnosti, što se očituje u pretjeranoj svadljivosti. Visoke vrijednosti dimenzije upornost očituju se u perfekcionizmu i sklonošću prema pretjeranom naprezanju u situacijama kad je pojedinac izložen kritici kako bi dokazao da je sposoban za nešto. Niske vrijednosti samo-vođenja, do kojih smo došli na osnovu uzorka suicidalnih bolesnika, obilježene su slabošću, nezrelošću, osjetljivošću, nepouzdanošću i nemogućnošću postavljanja smislenih ciljeva te mogu biti predznak postojanja poremećaja ličnosti. Niske vrijednosti u dimenziji suradljivost pronađene na ukupnom uzorku suicidalnih bolesnika sadrže obilježja netolerancije, osvetoljubivosti, oportunizma i zanemarivanja drugih oko sebe.

Dimenzija izbjegavanja štete pozitivno je povezana i s razinom anksioznosti, neizraženim osjećajima nezadovoljstva i ljutnje, stidljivošću i neuroticizmom, a negativno s samopouzdanjem i traženjem senzacije. Dimenzija traganje za novim pozitivno je povezana s pretjerano agresivnim reagiranjem, izravnim izražavanjem ljutnje i traženjem senzacije te ekstrovertiranom aktivnošću, a negativno sa socijalizacijom i socijalnim izbjegavanjem (133).

Na ispitivanome uzorku nisu pronađene značajne varijacije u dimenzijama ličnosti ni kod jedne skupine pacijenata (suicidalni i nesuicidalni) u odnosu na trajanje liječenja. Suicidalna skupina zadržava nepromijenjenu razinu vrijednosti nekoliko ključnih osobina ličnosti

(izbjegavanje štete, samo-vođenje, suradnja) u odnosu na suicidalnost i afektivni poremećaj. Može se reći da je time potvrđeno postojanje specifičnih karakteristika ličnosti u ovoj skupini pacijenata. Sukladno rezultatima velikih istraživanja (Ekinci i sur., 2012.g.; Nery i sur., 2009.g.; Smith i sur., 2005.g.; Richter i sur., 2000.g.) istovremeno su potvrđena i istraživanja koja su pokazala da nasljedne osobine ličnosti (prema TCI upitniku) nisu nužno podložne varijacijama u odnosu na tijek liječenja ili primjenu psihofarmaka (142)(173-175). S druge strane, povišene vrijednosti izbjegavanja štete te traganja za novim (u skupini suicidalnih pacijenata s bipolarnim poremećajem) zapravo su impulzivne i agresivne osobine koje su ključne za suicidalno ponašanje samo po sebi (108,109). Ovo se može objasniti činjenicom da suicid ipak ne pokušaju svi pacijenti s poremećajima raspoloženja nego otprilike 25% njih Upravo su razlike u dimenzijama ličnosti te koje mogu biti odlučujuće za ovu skupinu pacijenata (176-178). U širem se kontekstu može reći da značajno visoke vrijednosti izbjegavanja štete te značajno snižene vrijednosti samo-vođenja i suradnje, derivirane iz ove skupine pacijenata predstavljaju čimbenike rizika za ponovni suicidalni pokušaj u odnosu na rezultate istraživanja (Pawlak i sur., 2013.g.) koja su pokušala definirati osobine ličnosti koje bi bile protektivne naspram suicidalnog rizika (179).

6.3. Povezanost suicidalnih ideja i pokušaja suicida s pokazateljima razloga za život

Kod proučavanja suicidalnog ponašanja i povezanosti s poremećajima raspoloženja (najčešće depresivnim epizodama tih poremećaja) većina istraživanja uglavnom se temelji na pronalaženju rizičnih čimbenika za suicidalne ideje i pokušaje. Unatrag dvadesetak godina, s razvojem pozitivne psihologije, naglasak je stavljen na pozitivne i zaštitne čimbenike (poput nade i razloga za život) kojima se može spriječiti suicidalno ponašanje pojedinca. Postoje dokazi da je niska razina suicidalnih promišljanja povezana s pozitivnim čimbenicima kao što su osjećaj zadovoljstva u međuljudskim odnosima, osjećaj korisnosti u obitelji i okolini, doživljaj da život ima smisao i stremljenje ka smislenom vođenju života (180,181). Linehan i suradnici navode da u pojedinaca koji su pokušali suicid nedostaje pozitivnih prilagodbenih sposobnosti i vjere u preživljenje (137). Primjer takvog vjerovanja je percepcija da bez obzira koliko je život loš, uvijek postoje razlozi zbog kojega u njemu treba pokušati uživati i da će se nastale životne okolnosti s vremenom poboljšati. Navedeni životni ciljevi i vjerovanja sažeti su u konceptu – razlozi za život. Taj je koncept do sada istraživan na više različitih populacija, no rezultati uglavnom pokazuju da su više vrijednosti u segmentima ovoga instrumenta za procjenu, poput preživljenja (SCB) i odgovornosti prema obitelji (RF)

povezani s manjim stupnjem suicidalnog promišljanja (182-185). Kod ispitanika sa suicidalnim idejama ili suicidalnim pokušajima utvrđeno je postojanje nižih vrijednosti moralnih prigovora (MO) (186). U segmentu straha od socijalnog neprihvaćanja (FSD) nije detektirana veza sa suicidalnim idejama nego sa stvarnim suicidalnim pokušajima (187). Segment brige za dijete (CRC) više utječe na starije nego na mlade ljude (188).

Rezultati istraživanja iznjedrili su značajno niže vrijednosti cijelog instrumenta kao i pojedinih podljestvica u pogledu procjena razloga za život (RFL) kod suicidalnih ispitanika. U skupini suicidalnih ispitanika osobe s bipolarnim afektivnim poremećajem imaju značajno više ocjene u preživljenju i mehanizmu suočavanja (SCB), brige za dijete (CRC), strahu od samoubojstva kao i na sveukupnoj skali u usporedbi sa skupinom suicidalnih bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem. Kod nesuicidalnih bolesnika nema značajnih razlika u razlozima za život prema afektivnim poremećajima te ovu skupinu karakteriziraju značajno više vrijednosti na podljestvici RF, CRC, FS, FSD, MO uz više vrijednosti na SCB podljestvici u odnosu na suicidalnu skupinu bolesnika.

U skupini suicidalnih bolesnika vidljive su niže ocjene odgovornosti prema obitelji, brige za dijete te ocjene na sveukupnoj skali kod onih s vrlo teškom depresijom. U skupini nesuicidalnih bolesnika (sa blagom do teškom depresijom) niže vrijednosti nalaze se na podljestvici straha od samoubojstva kao i na sveukupnoj ljestvici u odnosu na ukupnu raspodjelu rezultata po svim podljestvicama instrumenta.

U skupini ispitanika s povratnim depresivnim poremećajem najnegativnija je veza preživljenja i mehanizama suočavanja te moralnih prigovora s dimenzijom karaktera izbjegavanje štete. Kao što je ranije opisano, ova je dimenzija je povezana s nizom negativnih osobina. Kako njezina vrijednost raste, kao što smo potvrdili na ispitivanom uzorku, tako se smanjuje vrijednost zaštitnih čimbenika prema instrumentu za procjenu razloga za život odnosno mehanizama preživljenja i suočavanja i moralnih prigovora, što govori u prilog tome da ispitani depresivni bolesnici možda negativno doživljavaju svoju okolinu te su skloniji rizičnom ponašanju ili pokušaju suicida.

Kod suicidalnih bolesnika s bipolarnim poremećajem na ispitivanom je uzorku nađeno više značajnih veza između vrijednosti dobivenih instrumentom za procjenu razloga za život i dimenzija temperamenta i karaktera. Najjača je negativna veza odgovornosti prema obitelji (RF) i dimenzije izbjegavanje štete, brige za dijete (CRC) i izbjegavanje štete te moralnih prigovora s dimenzijom izbjegavanja štete. Ovakva se multidimenzionalna povezanost

navedenih osobina može objasniti težinom depresije u ovoj skupini bolesnika, a s obzirom da kod suicidalnih bipolarnih bolesnika nalazimo značajno povišenu dimenziju traganje za novim, koju karakterizira agresivna komponenta u impulzivnom ponašanju, ne može se isključiti potencijalno „ozbiljnija“ suicidalnost bipolarnih bolesnika.

Rezultati ovog istraživanja potvrdili su neka dosadašnja istraživanja (Zhang i sur., 2011.g.; Malone i sur., 2000.g.; Lee i sur., 2011.g., Bakhiyi i sur., 2016.g.) o povezanosti sniženih vrijednosti na svim podljestvicama instrumenta procjene razloga za život sa suicidalnošću (185, 187, 189, 190). Općenito, nalazi u skupini suicidalnih bolesnika potvrđuju postojanje duboke depresivne epizode gdje se istodobno gubi utjecaj zaštitnih čimbenika razloga za život, a što je u skladu s pesimizmom, doživljajem besmislenosti i bezizlaznosti te gubitkom vjere u budućnost tijekom teške depresivne epizode, čime se povećava rizik od suicidalnog ponašanja.

Općenito, upravo ovi rezultati ukazuju na potrebu primjene strukturiranih intervencija kod suicidalnih bolesnika u smislu pomoći u pronalaženju životnog cilja, svladavanja alternativnih načina rješavanja problema te stvaranju planova za budućnost u svrhu zaštite od daljnjih suicidalnih pokušaja (191, 192).

6.4. Intenzitet i razina suicidalnog rizika prema demografskim obilježjima.

Jedan od ciljeva ovoga istraživanja bio je i pronaći moguću povezanost sociodemografskih obilježja sa suicidalnim rizikom. Promatrana je povezanost intenziteta i razine suicidalnog rizika prema spolu, radnom statusu, načinu života i obiteljskoj anamnezi.

Rezultati nisu pokazali značajne razlike između promatranih varijabli u odnosu na intenzitet suicidalnog ponašanja. Ovi rezultati nisu uobičajeni ako se u obzir uzme većina dosadašnjih istraživanja, no studije na depresivnim pacijentima (Woo i sur.,2014.) također nisu otkrile značajne razlike u ispitivanim sociodemografskim čimbenicima (zaposlenost, obiteljska anamneza, podaci o negativnim životnim događajima, obrazovanje) suicidalnog ponašanja (138). Ovakvi rezultati mogu biti i odraz relativno malog broja ispitanika po skupinama bolesnika u odnosu na ukupan broj oboljelih od afektivnog poremećaja sa suicidalnim ponašanjem.

6.5. Ograničenja istraživanja

Ograničenja ovog istraživanja odnose se isključivo na primjenu upitnika za procjenu, metodologiju istraživanja (nedostatak širine dokaza dobivenih biološkim/genetskim metodama) i broj ispitanika.

7. ZAKLJUČCI

Suicidalni bolesnici s poremećajima raspoloženja imaju specifične karakteristike ličnosti koje se značajno razlikuju od onih u nesuicidalnih bolesnika s poremećajima raspoloženja.

Visoke vrijednosti dimenzije *temperamenta izbjegavanje štete (HA)* uz snižene vrijednosti dimenzija *samo-vođenja (SD), suradnje (C)* i *upornosti (P)* postoje i kod prijema i kod otpusta u bolesnika s poremećajem raspoloženja koji su imali suicidalni pokušaj.

U suicidalnih bolesnika s bipolarnim poremećajem postoji i povišena vrijednost dimenzije *traganja za novim (NS)*, koja je također povezana sa iskazivanjem suicidalnog ponašanja. Navedene dimenzije povezane su sa agresivnošću, niskim samopouzdanjem, impuzivnošću, pesimizmom, nezrelošću, destruktivnošću u strukturi ličnosti suicidalnih bolesnika s poremećajem raspoloženja. Ne može se isključiti međuovisnost težine depresije i suicidalnog pokušaja s izoliranim dimenzijama ličnosti *(HA, SD, C, P, NS).*

Nema značajnih razlika u dimenzijama temperamenta i karaktera kod suicidalnih bolesnika s poremećajem raspoloženja kada se iste usporede u vrijeme pogoršanja bolesti (prijem) i u vrijeme oporavka (otpust). Navedene osobine ličnosti perzistiraju tijekom praćenja suicidalnih bolesnika, čime se potvrđuje stav, koji je još uvijek predmet proučavanja, da su specifične osobine ličnosti (osobito one nasljedne prema TCI) nepromjenjive. To znači da u takvih bolesnika sa poremećajem raspoloženja može postojati trajno povećani rizik od suicidalnih pokušaja.

Težina depresivnog stanja i intenziteta suicidalnog ponašanja potvrđena je i gubitkom svojevrsnih protektivnih čimbenika u suicidalnih bolesnika s poremećajem raspoloženja koji su praćeni procjenskim instrumentom razloga za život (RFL). Općenito, u skupini suicidalnih ispitanika značajno su snižene vrijednosti na svim pod ljestvicama i sveukupnom rezultatu instrumenta procjene razloga za život. Takav rezultat ima i važan klinički značaj koji upućuje na potrebu primjene strukturiranih intervencija u praćenju ove skupine bolesnika u cilju zaštite od daljnjih suicidalnih pokušaja.

Nije potvrđen utjecaj socijalno-demografskih čimbenika na suicidalnost te dimenzije temperamenta i karaktera, moguće zbog nedostatne veličine uzorka prilikom raspodjele suicidalnih bolesnika u skupine prema vrsti poremećaja raspoloženja.

Rezultati istraživanja potvrđuju hipoteze, odnosno potkrepljuju relativno nove dokaze, o postojanju stabilnih dimenzija ličnosti koje bi mogle predisponirati pojedinca i za depresivni poremećaj i za suicidalno ponašanje, a nisu posljedica postojanja samog poremećaja pa njihovo otkrivanje može poslužiti za pripremu strukturiranih intervencija u cilju prevencije suicida kod tako prepoznatih rizičnih skupina.

8. SAŽETAK

Uvod

Poremećaji raspoloženja i suicid predstavljaju značajan svjetski javno-zdravstveni problem. Depresivni i bipolarno afektivni poremećaj povezani su sa povećanim suicidalnim rizikom. Osim samog poremećaja, određene specifične osobine ličnosti mogu biti te koje će utjecati i na pojavu poremećaja raspoloženja i na suicidalno ponašanje.

Cilj istraživanja:

Cilj ovoga istraživanja je procjena i prepoznavanje specifičnih osobina ličnosti kod suicidalnih bolesnika sa poremećajem raspoloženja (povratni depresivni poremećaj i bipolarno afektivni poremećaj) i kod nesuicidalnih bolesnika sa navedenim poremećajem raspoloženja.

Ispitanici i metode:

Ovo istraživanje obuhvatilo je ukupno 119 bolesnika sa dijagnozom povratnog depresivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma i dijagnozom bipolarno afektivnog poremećaja – depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma, prema dijagnostičkim kriterijima MKB-10. Provođeno je od studenog 2012. godine do rujna 2015. godine na Klinici za psihijatriju pri KBC Osijek. Bolesnici su podijeljeni u dvije skupine – eksperimentalnu (suicidalni bolesnici s poremećajem raspoloženja) i kontrolnu (nesuicidalni bolesnici sa poremećajem raspoloženja). Dimenzije ličnosti, težine poremećaja i suicidalnosti su procjenjivane 1. dan (unutar 72h od prijema) i 21. dan liječenja. Procjenski intrumenti primjenjivani u obje skupine su bili: „Temperament and Character Inventory“(TCI) za procjenu dimenzija ličnosti 1. i 21.dan; „Columbia-Suicide Severity Rating Scale“(C-SSRS) u skupini suicidalnih bolesnika 1. i 21. dan; „Reason for Living Inventory“(RFL) u obje skupine 1. dan; „Hamilton Depression Rating Scale“(HAM-D) u obje skupine 1. i 21. dan, te polu-strukturirani sociodemografski upitnik.

Rezultati:

U skupini bolesnika sa suicidalnim idejama (neovisno o poremećaju raspoloženja), kod prijema, dobili smo značajno više vrijednosti u dimenziji temperamenta i karaktera *izbjegavanje štete (HA)* (Mann Whitney U Test, P<0,001), a značajno niže vrijednosti za dimenziju *upornost (P)* (Mann Whitney U Test, P=0,04), *samo-vođenja (SD)* (Mann Whitney

U Test; P<0,001) te kod *suradnje (C)* (Mann Whitney U Test, P=0,001). Kod otpusta suicidalni bolesnici zadržavaju značajno više vrijednosti u dimenziji *HA* (Mann Whitney U Test, P<0,001), značajno niže vrijednosti dimenzije *SD* (Mann Whitney U Test, P<0,001) i dimenzije *C* (Mann Whitney U Test, P=0,002). Navedeni rezultati potvrđeni su detaljnom analizom suicidalnih bolesnika prema nesuicidalnima u odnosu na karakteristike ličnosti i intenzitet suicidalnog ponašanja. U skupini suicidalnih bolesnika, naspram skupine nesuicidalnih, dobili smo značajno niže vrijednosti na cijelom instrumentu procjene razloga za život (RFL) (Mann Whitney U Test, P<0,001). Na našem uzorku nismo dokazali utjecaj sociodemografskih čimbenika na suicidalno ponašanje.

Zaključak:

Visoke vrijednosti dimenzije temperamenta izbjegavanje štete (HA) uz snižene vrijednosti dimenzija samo-vođenja (SD), suradnje (C) i upornosti (P) nalazimo kod prijema i otpusta pacijenata sa poremećajem raspoloženja koji su imali suicidalni pokušaj. Pretpostavlja se da upravo prisutnost ovih osobina može odrediti suicidalno ponašanje u navedenoj skupini pacijenata.

Rezultatima istraživanja na ispitivanome uzorku su potvrđeni su, ali i potkrijepljeni relativno novi dokazi odnosno hipoteze o postojanju stabilnih dimenzija ličnosti koje bi mogle predisponirati pojedinca i za depresivni poremećaj i za suicidalno ponašanje, a koje nisu isključivo posljedica postojanja poremećaja.

Ključne riječi: suicidalnost, suicidalni pokušaj, poremećaj raspoloženja, temperament, karakter, depresija, povratni depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj

9. SUMMARY

Title: Correlation of the personality traits and sociodemographic factors in patients with mood disorders and suicidal behavior

Introduction

Suicide and mood disorders represent a major global public health problem. Depressive disorder and bipolar disorder are associated with increased risk for suicide. Beside the existing disorder, underlaying personality traits may be the factor which could influence the appearance of specific mood disorder and suicidal behavior.

Aim of the research:

The aim of this research was to evaluate and recognize the specific personality traits in patients with mood disorders (recurrent depressive disorder and bipolar disorder) who had suicidal ideation and attempt in comparison to non-suicidal patients with respective mood disorders.

Participants and Methods:

Our sample consisted of 119 unrelated patients (both male and female) who were suffering form recurrent depressive disorder – depressive episode without psychotic symptoms and bipolar disorder – depressive episode without psychotic symptoms, according to ICD-10 diagnostic criteria. The research was conducted from November 2012 to September 2015 on Deparment of Psychiatry, University Hospital Centre Osijek. The patients were divided in two groups, experimental (patients with mood disorder and suicide ideation/attempt) and control group (non-suicidal patients with mood disorder). Personality traits, severity of depression and suicidal ideation were assessed on the first day (within 72h upon addmittion) and on the 21st day of treatment. The battery of instruments used for assessment was: „Temperament and Character Inventory“(TCI) for personality traits on the 1st and 21st day; „Columbia-Suicide Severity Rating Scale“(C-SSRS) in the group od suicidal patients on the 1st and 21st day; „Reason for Living Inventory“(RFL) in both groups on the 1st day; „Hamilton Depression Rating Scale“(HAM-D) in both groups on 1st and 21st day and semi-structured sociodemographic questionnaire.

Results:

In the group of suicidal patients (regradless the mood disorder), upon admittion, we found significantly higher scores on the *harm-avoidance (HA)* temperament dimension (Mann Whitney U Test, P<0,001) and significantly lower scores on *persistence (P)* (Mann Whitney U Test, P=0,04), *self-directedness (SD)* (Mann Whitney U Test; P<0,001) and on *cooperativeness (C)* (Mann Whitney U Test; P=0,001). On the 21st day in the group of suicidal patients there were stil significantly higher scores on *HA* dimension (Mann Whitney U Test, P<0,001) and significantly lower scores on *SD* dimension (Mann Whitney U Test, P<0,001) and *C* dimension (Mann Whitney U Test, P=0,002). These results were confirmed with detailed analysis of the suicidal and non-suicidal group in relation to personality traits and intensity of suicidal behavior. When compared to non-suicidal group, the group of patients with suicidal attempt had significantly lower scores on the complete RFL assessment instrument (Mann Whitney U Test, P<0,001). On our sample we did not confirm the influence of sociodemographic factors on suicidal behavior.

Conclusion:

High score in harm-avoidance (HA) dimension with low scores in self-directedness (SD), cooperativeness (CO) and persistence (P) were present in the group of suicidal patients with mood disorders upon addmittance and discharge. We assume that the presence of these specific personality traits may determine possible future risk for suicidal behavior in the mentioned group of patients.

The results on our sample, confirmed and corroborated relatively new hypothesis for existance stable (not state-dependent) personality traits which could affect individual vulnerability for development of depressive disorder and suicidal behavior.

Key words: suicidality, suicide attempt, mood disorder, temperament, character, depression, recurrent depressive disorder, bipolar disorder

10. LITERATURA

1. Mental Health Atlas 2014. Geneva: World Health Organization; 2015 (http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng. pdf?ua=1&ua=1, accessed 10.10.2016).
2. Global Health Estimates 2013: Deaths by Cause, Age and Sex, Estimates for 2000–2012. Geneva: World Health Organization; 2014. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/ accessed 10.10.2016.)
3. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/ bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, accessed 10.10.2016.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock´s synopsis of psychiatry. Virginia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289: 3095–3105
6. World Health Organisation. Depression. 2011. Available: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/, Accessed: 10.10.2016.
7. World Health Organization. 2008. Global Burden of Disease: 2004 update 46, 51. Accessed: 10.10.2016.
8. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10, Medicinska naklada, Zagreb, 1994.
9. Pavo Filaković i sur. Psihijatrija. Osijek: Medicinski Fakultet Osijek, 2014.
10. Dražen Begić. Psihopatologija, drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
11. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Marackova M, Grambal A, Slepecky M. Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016; 12:2677-2687.

12. Brouwers EPM, Mathijssen J, Van Bortel T, i sur. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. BMJ Open. 2016;6(2):e009961. doi:10.1136/bmjopen-2015-009961.
13. Yamamoto K, Shiota S, Ohno S, Kuroda A, Yoshiiwa A, Abe K, i sur. A diagnosis of depression should be considered in patients with multiple physical symptoms in primary care clinics. Tohoku J Exp Med. 2013;229(4):279-85.
14. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(3):327-37.
15. Neumeister A, Konstantinidis A, Stastny J. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism (5HTTLPR) and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. Arch Gen Psychiatry. 2002;59:613–20.
16. Neumeister A, Nugent AC, Waldeck T. Neural and behavioral responses to tryptophan depletion in unmedicated patients with remitted major depressive disorder and controls. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:765–73.
17. Drevets WC, Frank E, Price JC. PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. Biol Psychiatry. 1999;46:1375–87.
18. Neumeister A, Bain E, Nugent AC. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. J Neurosci. 2004;24:589–91.
19. Hasler G, Bonwetsch R, Giovacchini G. 5-HT1A receptor binding in temporal lobe epilepsy patients with and without major depression. Biol Psychiatry. 2007;62:1258-64.
20. Meyer JH, Ginovart N, Boovariwala A. Elevated monoamine oxidase A levels in the brain: an explanation for the monoamine imbalance of major depression. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:1209–16.
21. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. Neuron. 2005;45:11–16.
22. Hasler G, Fromm S, Carlson PJ, et al. Neural Response to Catecholamine Depletion in Unmedicated Subjects With Major Depressive Disorder in Remission and Healthy Subjects. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(5):521-31.
23. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic function in suicide. Arch Suicide Res. 2007;11:235–246.
24. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any dolid evidence of interest to clinicians?. World Psychiatry. 2010;9(3):155-61.

25. Lambert G, Johansson M, Agren H. Reduced brain norepinephrine and dopamine release in treatment-refractory depressive illness: evidence in support of the catecholamine hypothesis of mood disorders. Arch Gen Psychiatry. 2000;57:787–93.
26. Hasler G, Fromm S, Carlson PJ. Neural response to catecholamine depletion in unmedicated subjects with major depressive disorder in remission and healthy subjects. Arch Gen Psychiatry. 2008;65:521–31.
27. Murphy FC, Michael A, Robbins TW. Neuropsychological impairment in patients with major depressive disorder: the effects of feedback on task performance. Psychol Med. 2003;33:455–67.
28. Hensler JG, Artigas F, Bortolozzi A, Daws LC, De Deurwaedere P, Milan L, i sur. Catecholamine/Serotoinin interactions: systems thinking for brain funciotn and disease. Adv Pharmacol. 2013;68:167-97.
29. Hasler G, Luckenbaugh DA, Snow J. Reward processing after catecholamine depletion in unmedicated, remitted subjects with major depressive disorder. Biol Psychiatry. 2009;66:201–5.
30. Furukawa TA, Cipriani A, Atkinson LZ, Leucht S, Ogawa Y, Takeshima N, i sur. Placebo response rates in antidepressant trials: a systematic review of published and unpublished double-blind randomised controlled studies. Lancet Psychiatry. 2016;3(11):1059-66.
31. Kessing LV. Course and cognitive outcome in major affective disorder. Dan Med J. 2015;62(11): B5160.
32. Saleh A, i sur. Effects of early life stress on depression, cognitive performance and brain morphology. Psychol Med. 2016 Sep 29:1-11 (Epub ahead of print).
33. Finkelmeyer A, Nilsson J, He J, Stevens L, Maller JJ, Moss Ra, i sur. Altered hippocampal function in major depression despite intact structure and resting perfusion. Psychol Med. 2016; 46(10):2157-68.
34. Chan SW, Harmer CJ, Norbury R, O´Sullivan U, Goodwin GM, Portella MJ. Hippocampal volume in vulnerability and resilience to depression. J Affect Disord. 2016;189:199-202.
35. Hasler G, van der Veen JW, Grillon C. Effect of acute psychological stress on prefrontal gamma-aminobutyric acid concentration determined by proton magnetic resonance spectroscopy. Am J Psychiatry. 2010;167(10):1226-31.

36. Rajkowska G, O'Dwyer G, Teleki Z. GABAergic neurons immunoreactive for calcium binding proteins are reduced in the prefrontal cortex in major depression. Neuropsychopharmacology. 2007;32:471–82.
37. Eser D, Schule C, Baghai TC. Neuroactive steroids in depression and anxiety disorders: clinical studies. Neuroendocrinology. 2006;84:244–54.
38. Kim YK, Na KS. Role of glutamate receptors and glial cells in the pathophysiology of treatment-resistant depression. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2016;70:117-26.
39. Toya S, i sur. Early-life-stress affects the homeostasis of glutamatergic synapses. Eur J Neurosci. 2014;40(11):3627-34.
40. Young EA. Sex differences and the HPA axis: implications for psychiatric disease. J Gend Specif Med.1998;1:21–7.
41. Stroud LR, Salovey P, Epel ES. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. Biol Psychiatry. 2002;52:318–27.
42. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. N Engl J Med. 2008;358:55–68.
43. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. Trends Neurosci. 2008;31:464–68.
44. Heim C, Newport DJ, Mletzko T. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. Psychoneuroendocrinology. 2008;33:693–710.
45. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. Int Psychogeriatr. 2016; pp. 1–14. doi:10.1017/S1041610216001800.
46. Heuser I, Yassouridis A, Holsboer F. The combined dexamethasone/CRH test: a refined laboratory test for psychiatric disorders. J Psychiatr Res. 1994;28:341–56.
47. Schule C. Neuroendocrinological mechanisms of actions of antidepressant drugs. J Neuroendocrinol. 2007;19:213–26.
48. Nikkheslat N, Zunszain PA, Horowitz MA, Barbosa IG, Parker JA, Myint MA, i sur. Insufficient glucocorticoid signaling and elevated inflammation in coronary heart disease patients with comorbid depression. Brain Behav Immun. 2015;48:8-18.
49. Cizza G, Ronsaville DS, Kleitz H, Eskandari F, Mistry S, Torvik S, i sur. Clinical subtypes of depression are associated with specific metabolic parameters and circadian endocrine profiles in women: the power study. PLoS ONE. 2012;7(1):e28912. doi:10.1371/journal.pone.0028912.

50. Waters RP, Rivalan M, Bangasser DA, Deussing JM, Ising M, Wood SK, i sur. Evidence for the role of corticotropin-releasing factor in major depressive disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2015; 58:63-78.
51. Fam J, Rush AJ, Burt T, Chan ES, Siddiqui FJ, Assam PN, i sur. Thyroid Autoimmune Antibodies and Major Depressive Disorder in Women. Ann Acad Med Singapore. 2015;44(8):284-9.
52. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. Nature Rev Neurosci. 2008;9:46–56.
53. Leonard BE. The concept of depression as a dysfunction of the immune system. Curr Immunol Rev. 2010;6(3):205-12.
54. Jeon SW, Kim YK. Neuroinflammation and cytokine abnormality in major depression: Cause or consequence in that illness? World J Psychiatry. 2016; 6(3):283-93.
55. Germain A, Kupfer DJ. Circadian rhythm disturbances in depression. Hum Psychopharmacol. 2008;23:571–85.
56. Boivin DB, Czeisler CA, Dijk DJ. Complex interaction of the sleep-wake cycle and circadian phase modulates mood in healthy subjects. Arch Gen Psychiatry. 1997;54:145–52.
57. Freud S. Mourning and melacholia. Collected papers Vol. 4., London, Hogarth, 1917.
58. Gabbard GO, Litowitz BE, Williams P. Textbook of psychoanalysis. Washington: American Psychiatric Publishing, 2012.
59. Beck AT. Cognitive models of depression. J Cogn Psychoter. 1987;1:5-37.
60. Ingram RE, Scott WD, Hamill S. Depression. Social and Cognitive Aspects. U: Blaney PH, Millon T. (ur.) Oxford Textbook of Psychopathology. New York: Oxford University Press, 2009.
61. Beck AT. Beyond Belief: A theory of Modes, Personality, and Psychopahtology. U: Salkovskis PM. (ur.) Frontiers of Cognitive Therapy. New York: Guillford Press, 1996.
62. Scott J. Cognitivne therapy of affective disorders: a review. J Affect Disord. 1996;37:1-11.
63. Layne C. Painful truths about depressives´cognitions. J Clin Psychol. 1986;39:848-53.
64. Seligman M. Depression and learned helplessness. U: Friedman RJ, Katz MM. (ur.) The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington, DC: Winston-Wiley, 1974.

65. Seligman M. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975.
66. Seligman M. The effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. Am Psychol. 1995;50:965-74.
67. Abramson LY, Seligman M, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. J Abnorm Psychol. 1978;87:49-74.
68. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. Psychological Review 1989;96:358-72.
69. Lewinsohn, P. M. A behavioral approach to depression. Friedman R.J. and Katz M.M. The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington, DC.: Winston-Wiley, 1974. pp 157-78.
70. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. Depression in context: Strategies for guided action. New York: Norton, 2001.
71. Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor JJ, Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2012.
72. Monroe SM, Harkness KL. Life stress, the „kindling“ hypothesis, and reccurence of depression: Considerations from a life stress perspective. Psychologica Review 2005; 112:417-55.
73. Girz L, Driver-Linn E, Miller GA, Deldin PJ. Evaluation of Life Events in Major Depression: Assesing Negative Emotional Bias. Clin Psychol Psychother. 2016; doi: 10.1002/cpp.2003.
74. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. Behav Res Ther. 2016;86:35-49.
75. Arambašić L. Gubitak, tugovanje, podrška. Jasterbarsko: Naklada Slap, 2005.
76. Pemberton R, Fuller T. Factors contirbuting to depressive mood state sin everyday life: A systematic review. J Affect Disord. 2016; 200:103-10.
77. Durand VM, Barlow DH. Essentials of Abnormal Psychology. Belmont: Thompson/Wadsworth, 2003.
78. Rice F. Genetics of childhood and adolescent depression: insights into etiological heterogeneity and challenges for future genomic research. Genome Med. 2010; 2(9):68.
79. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Bo Mortenssen P. A comparison od selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder,

schizoaffective disorder, and schizophrenia from a Danish population-based cohort. J Clin Psychiatry 2007;68:1673-81.

80. Yamada K, Hattori E, Iwayama Y, Ohnishi T, Ohba H, Toyota T, i sur. Distinguishable haplotype blocks in the HTR3A and HTR3B region in the Japanese reveal evidence of association of HTR3B with female major depression. Biol Psychiatry 2006;60(2):192-201.
81. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM, Sotnikova TD, Burch LH, Williams RB, i sur. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. Neuron 2005; 45(1):11-6.
82. Agrawal A, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. A population based twin study of sex differences in depressive symptoms. Twin Res. 2004;7(2):176-81.
83. Center for Disease Control and Prevention. Current depression among adults---United States, 2006 and 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010;59(38):1229-35.
84. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman, i sur. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:8-19.
85. Nolen-Hoeksema S, Ahrens C. Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. Psychol Aging. 2002;17(1):116-24.
86. Davey G. Psychopathology. Chichester: Blackwell, 2008.
87. Rhimer Z, Angst J. Mood disorders: Epidemiology. U: Sadock BJ, Sacock VA, Ruiz P. (ur.) Kaplan & Sadock´s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
88. Lam RW, Mok H. Depression. Oxford: Oxford University Press, 2008.
89. Vogelzangs N, Beekman AT, Boelhouwer IG, i sur. Metabolic depression: a chronic depressive subtype? findings from the InCHIANTI study of older persons. J Clin Psychiatry. 2011; 72(5):598-604.
90. Stone SL, Diop H, Declerfq E, Cabral HJ, Fox MP, Wise LA. Stressufl events during pregnancy and postpartum depressive symptoms. J Womens Health (Larchmt). 2015;24(5):384-93.
91. Fisher SD, Wisner KL, Clark CT, Sit DK, Luther JF, Wisniewski S. Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. J Affect Disord. 2016;203:111-20.
92. Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. Am J Nurs. 2006;106(5):40-50.

93. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol. 2008;111(4):1001-20.
94. Behrendt HF, Konrad K, Goecke TW, Fakhrabadi R, Herpertz-Dahlmann B, Firk C. Posnatal Mother-to-Infant Attachment in Subclinically Depressed Mothers: Dyads at Risk? Psychopathology. 2016; 49(4):269-76.
95. Escamilla MA, Zavala JM. Genetics of bipolar disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2008; 10(2):129-39.
96. Martinowich K, Schloesser RJ, Manji HK. Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. J Clin Invest. 2009; 119(4):726-36.
97. Newberg AR, Catapano LA, Zarate CA, Manji HK. Neurobiology of bipolar disorder. Expert Rev Neurother. 2008; 8(1):93-110.
98. Daniele S, Da Pozzo E, Abelli M, Panighini A, Pini S, Gesi C, i sur. Platelet uptake of GABA and glutamate in patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2012;14:301-8.
99. Brady RO, Jr, McCarthy JM, Prescot AP, Jensen JE, Cooper AJ, Cohen BM, et al. Brain gamma-aminobutyric acid (GABA) abnormalities in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2013;15:434–9.
100. Yatham LN, Malhi GS. Bipolar disorder. Oxford: Oxford University Press, 2011.
101. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1035-43.
102. Ringel E. The presuicidal syndrome. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1976;6:131-49.
103. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 (http:// www.who.int/mental_health/suicide-prevention/ world_report_2014/en/, accessed 10.10.2016.).
104. Marčinko D. Epidemiološki pokazatelji suicidalnog ponašanja u svijetu. U: Marčinko D. (ur.) Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
105. Vorko-Jović A, Silobrčić Radić M. Samoubojstva. U: Vorko-Jović A, Strnad M, Rudan I. (ur.) Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti. Zagreb: Medicinska naklada, 2010: pp. 171-87.

106. Ministarstvo Unutarnjih Poslova. Služba za strateško planiranje, analitiku i razvoj. Statistički pregled: Temelji sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2013. godini. Zagreb: Ministarstvo Unutarnjih Poslova, 2014: 144-47.
107. Janović Š, Bajs M. Sezonske varijacije suicida. U: Marčinko D.(ur.) Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
108. Mann JJ, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. J Clin Psychopharmacol. 1992;12(2):2–7.
109. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. Nat Rev Neurosci. 2003;4(10):819-28.
110. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. Am J Psychiatry. 2003;160:636–45.
111. Baud P. Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: Genetic issues. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2005;133C(1):34–42.
112. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2004;161(8):1433-41.
113. Hirvikoski T, Jokinen J. Personality traits in attempted and completed suicide. Eur Psychiatry. 2012;27(7):536-41.
114. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar RP, Menon V. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. J Neursci Rural Pract. 2015;6(2):171-6.
115. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. Schizophr Res. 2003;60(1):71-80.
116. van Heeringen C, Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J, i sur. Prefrontal 5-HT2a receptor binding index, hopelessnesss and personality characteristics in attempted suicide. J Affect Disord. 2003;74(2):149-58.
117. Meyer JH, McMain S, Kennedy SH, Korman L, Brown GM, DaSilva JN, i sur. Dysfunctional attitudes and 5-HT2 receptros during depression and self-harm. Am J Psychiatry. 2003;160(1):90-9.
118. DeLuca V, Tharmalingam S, Sicard T, Kennedy JL. Gene-gene interaction between MAOA and COMT in suicidal behavior. Neurosci Lett. 2005;383(1-2):151-4.

119. Soliman A, Bagby RM, Wilson AA, Miler L, Clark M, Rusjan P, i sur. Relationship of monoamino oxidase A binding to adaptive and maladaptive personality traits. Psychol Med. 2011;41(5):1051-60.
120. Stoff DM, Mann JJ. Suicide research. Overview and introduction. Ann N Y Acad Sci. 1997;836(1):1-11.
121. Fitzgerald ML, Kassir SA, Underwood MD, Bakalian MJ, Mann JJ, Arango V. Dysregulation of striatal dopamine receptor binding in sucide. Neuropsychopharmacology. 2016; doi: 10.1038/npp.2016.124. (Epub ahead of print).
122. Jokinen J, Nordstrom P. HPA axis hyperactivity and attempted suicide in young adult mood disorder in patients. J Affect Disord. 2009;116(1-2):117-20.
123. Nemeroff CB, Owens MJ. Pharmacologic differences among the SSRIs: focus on monoamine and HPA axis. CNS Spectr. 2004;9(6):23-31.
124. Spencer SJ, Ebner K, Day TA. Differential involvement of rat medial prefrontal cortex dopamine receptor sin modulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to different stressors. Eur J Neurosci. 2004;20(4):1008-16.
125. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behaviour. An integration of biological and clinical findings. Arch Suicide Res. 2008;12(2):93-110.
126. Welton RS. Managment of suicidality. Assessment and intervention. Psychiatry (Edgmont). 2007; 4(5):24-34.
127. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry. 2004;161(3):562-3.
128. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE Jr, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Van Orden K, Witte T. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. Suicide Life Threat Behav. 2006;36(3):255-62
129. Chaudhury SR, Singh T, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Grunebaum M, i sur. Clinical correlates of planned and unplanned suicide attempts. J Nerv Ment Dis. 2016;2014(11):806-811.
130. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002;159(6):909-16.
131. Simon RI. Preventing patient suicide. Clinical assessment and managment. American Publishing Inc, 2010.

132. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(12):975-90.
133. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM & Wetzel RD: The temperament and Character Inventory (TCI). A Guide to Its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St Louis, Missouri, 1994.
134. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oguendo MA et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011;168(12):1266-77.
135. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiat. 1960;23:56-62.
136. Akedemir SD, Orsel ID, Turkcapar MH, Iscan N, Ozbay. The validity and reliability of the Hamilton Depression rating Scale and its clinical use. Psikiyatri Psikol Psikofarmakol Derg. 1996;4:251-259.
137. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. Counsel Clin Psychol J. 1983;51(2):276-86.
138. Woo YS, Jun TY, Jeon YH, Song HR, Kim TS, i sur. Relationship of Temperament and Character in Remitted Depressed Patients with Suicidal Ideation and Suicide Attempts—Results from the CRESCEND Study. PLoS ONE. 2014; 9(10):e105860.
139. Engstrom C, Brandstrom S, Sigvardsson S, Cloninger CR, Nylander PO. Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts. Bipolar Disord. 2004;6:130-8.
140. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2006;113:180-206.
141. Pelissolo A, Corruble E. Personality factors in depressive disoders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. Encephale. 2002;28(4):363-73.
142. Ekinci O, Yakup A, Asli EE. Temperament and character in euthymic major depressive disorder patients: The effect of previous suicide attempts and psychotic mood episodes. Psychiatry Investig. 2012;9:119-26.
143. Peirson AR, Heuchert JW, Thomala L, Berk M, Plein H, Cloninger CR. Relationship between serotonin and temperament an character inventory. Psychiatry Res. 1999;89:29-37.

144. Ebstein RP. The molecular genetic architecture of human personality: beyond self-report questionnaires. Mol Psychiatry. 2006;11:427-45.
145. Matsudaira T, Kitamura T. Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. J Clin Psychol. 2006;62:97-109.
146. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample. Compr Psychiatry. 2005;46:214-22.
147. Becerra B, Paez F, Robles-Garcia R, Vela GE. Temperament anc character profile of persons with suicide attempt. Acta Esp Psiquiatr. 2005;33:117-22.
148. Perroud N, Baud P, Ardu S, i sur. Temperament personality profiles and life processes associated with the onset of suicidal behaviour: an investigation of associated demographic, clinical and genetic factors. J Affect Disord. 2013;146:246-53.
149. Kampman O, Poutanen O, Illi A, Setälä-Soikkeli E, Viikki M, Nuolivirta T, i sur. Temperament profiles, major depression and response to treatment with SSRI in psychiatric outpatients. Eur Psychiatry. 2012;27:245-49.
150. Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2011;135:20-27.
151. Huang HY, Lee IH, Chen KC, Yeh TL, Chen PS, Yang YK, i sur. Association of novelty seeking scores and stiratal dopamine D_2/D_3 receptor availability of healthy volunteers: single photon emission computed tomography with ^{123}i-iodobenzamide. J Formos Med Assoc. 2010;109:736-9.
152. Tyrka AR, Price LH, Mello MF, Carpenter LL. Psychotic major depression: a benefit-risk assesment of treatment options. Drug Saf. 2006;29:491-508.
153. Izci F, Findikli EK, Zincir S, Zincir SB, Koc Mi. The differences in temperament–character traits, suicide attempts, impulsivity, and functionality levels of patients with bipolar disorder I and II. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:177-84.
154. Engström C, Brandstörm S, Sigvardsson S, Cloninger CR. Nylander PO. Bipolar disorders II. Bipolar Disord. 2003;5:340-48.
155. Slama F, Bellvier F, Henry C, i sur. Bipolar patients with suicidal behaviour: toward the identification of a clinical subgroup. J Clin Psychiatry. 2004;65(8):1035-39.
156. Kessing LV. Recurrence in affective disorder. Effect of age and gender. Br J Psychiatry. 1998;172:29-34.

157. Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. Psychiatry Res. 2009;170:212-17.
158. Aukst Margetic B, Jakovljevic M, Ivanec D, Tosic G, Margetic B. Novelty seeking and medication adherence in patients with schizohrenia. Psychiatry Res. 2011; 186:141-43.
159. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament and character and suicide attempts in anorexia nervosa, bullimia nervosa and major depression. Acta Psychiatr Scand. 1999;100:27-32.
160. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behaviour. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2005;103C:13-24.
161. Jylhä PJ, Rosenström T, Mantere O, Souminem K, Melartin TK, Vuorilehto MS, i sur. Temperament and Character, and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. J Clin Psychiatry. 2016;77(2): 252-60.
162. Karam EG, Itani L, Fayyad J, Hantouche E, Karam A, i sur. Temperament and suicide: A national study. J Affet Disord. 2015;184:123-28.
163. McAdams DP, Bradley DO. Personality Development: Continuity and change over the life course. Annu Rev Psychol 2010;61:517-42.
164. Gjelsvik B, Heyerdahl F, Holmes J, Lunn D, Hawton K. Looking back on self-poisoning: the relationship between depressed mood and reporting of suicidal intent in people who deliberatley self-poison. Suicide Life Threat Behav. 2016; doi: 10.1111/sltb.12278.
165. Jager-Hyman S, Cunningham A, Wenzel A, Mattei S, Brown GK, Beck AT. Cognitive distortions and suicide attempts. Cogn Ther Res. 2014;38:369-74.
166. Richard-Devatnoy S, Berlim MT, Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behaviour in mood disorders. Psychol Med. 2014; 44 (8):1663-73.
167. Youngstrom EA, Hameed A, Mitchell MA, Van Meter AR, Freeman AJ, Algorta GP, i sur. Direct comparison of the psychometric properties of multiple intervju and patient rated assessments of suicidal ideation and behavior in an adult psychiatric inpatient sample. J Clin Psychiatry. 2015;76(12):1676-82.
168. Oquendo MA. Suicidal behavior: measurement and mechanisms. J Clin Psychiatry. 2015;76 (12): 1675.

169. Sheehan DV, Alphs LD, Mao L, Li Q, May RS, Bruer EH, i sur. Comparative validation of the S-STS, the ISST-Plus and the C-SSRS for assesing the suicidal thinking and behavior FDA 2012 Suicidality Categories. Innov Clin Neurosci. 2014; 11(9-10):32-46.
170. van Heeringen C, Audenert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, sur. Prefrontal 5-HT2A receptor binding indeks, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. J Affect Disord. 2003;74:149-58.
171. Calati R, Giegling I, Rujescu D, Hartmann AM, Moller HJ, i sur. Temperament and character of suicide attempters. J Psychiatr Res. 2008; 42:938-45.
172. Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, i sur. Evaluating the state dependency od the temperament and character inventory dimensions in patients with major depression: a methodologica contribution. J Affect Disord. 2002; 69:31-8.
173. Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA, Monkul ES, Najt P, Matsuo K, i sur. Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. Depress Anxiety. 2009;26:382–88.
174. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. J Affect Disord. 2005;87:83–9.
175. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2000;250:40–7.
176. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, i sur. Prospective study of risk factors for attempted suicide among psychiatric patients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2003;64:1094-100.
177. Valtonen H, Souminen K, Mantere O, i sur. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and bipolar II disorders. J Clin Psychiatry. 2005;66:1456-62.
178. Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders – who, when, and why?. Can J Psychiatry. 2014;59(3):120-30.
179. Pawlak J, Dmitrzak-Weglarz M, Skibinska M, Szczepankiewicz A, i sur. Suicide attempts and clinical risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorders. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(3):309:13.
180. Kleiman EM, Beaver JK. A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. Psychiatry Res. 2013;210(3):934–39.

181. Rowe JL, Conwell Y, Schulberg HC, Bruce ML. Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. Am J Geriatr Psychiatry. 2006;14(9):758–66.
182. Britton PC, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Hirsch JK, Conwell Y. Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. Am J Geriatr Psychiatry.2008;16(9):736–41.
183. Chan WSC, Law CK, Liu KY, Wong PWC, Law YW, Yip PSF. Suicidality in Chinese adolescents in Hong Kong: The role of family and cultural influences. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.2009;44(4):278–84.
184. Lee Y, Oh KJ. Validation of reasons for living and their relationship with suicidal ideation in Korean college students. Death Stud. 2012;36:712–22.
185. Zhang Y, Law CK, Yip PSF. Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation. J Affect Disord. 2011;133(3):584–90.
186. Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. J Psychiatr Res. 2008;42(10):815–21.
187. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. Am J Psychiatry. 2000;157(7):1084–88.
188. Miller JS, Segal DL, Coolidge FL. A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. Death Stud. 2001;25(4):357–65.
189. Lee SY. Reasons for living and their moderating effects on Korean adolescents' suicidal ideation. Death Stud. 2011;35(8):711–28.
190. Bakhiyi CL, Calati R, Guillaume S, Courtet P. Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviours? A systematic review of the literature. J Psychiatr Res. 2016:77:92-108.
191. Luo X, Wang Q, Wang X, Cai T. Reasons for living and hope as protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. BMC Psychiatry. 2016;16:252-57.
192. Lizardi D, Currier D, Galfalvy H, Sher L, Burke A, Mann J, Oquendo M. Reasons for living at indeks hospitalization and future suicide attempt. J Nerv Ment Dis. 2007;195(5):451-55.

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI:

Ime i prezime: Anamarija Petek Erić

Zanimanje: liječnik; specijalist psihijatar; subspecijalist biologijske psihijatrije

Adresa: Klinika za psihijatrijsku, Zavod za akutnu i biologijsku psihijatriju sa intenzivnom skrbi, Klinički bolnički centar Osijek

J. Huttlera 4, 31000 Osijek, Hrvatska

tel.:+38531511782

e-mail: ana5ek@gmail.com

Datum rođenja: 16.01.1982.

OBRAZOVANJE:

1988. -1996. OŠ Ivan Filipović, Osijek, Hrvatska

1996. – 2000. I (Opća) Gimnazija Osijek

2000. – 2006. Medicinski fakultet u Osijeku pri J.J. Strossmayera, školovanje završeno odličnim uspjehom te među 10% najboljih studenata svoje generacije

27.09.2007. Polaganje stručnog ispita za doktora medicine

2006./2007. – 2009. pohađanje poslijediplomskog studija „Biomedicina i zdravstvo“ pri Medicinskom fakultetu u Osijek

2008. – edukacija „Course on Leadership and Professional Development of Young Psychiatrists“ AIMH (Švircarska) i Sekcija mladih psihijatara Hrvatske pod vodstvom prof. N. Sartoriusa

2009./2010. – Uvod u psihoanalitičku psihoterapiju

2010/2011. – Uvod u grupnu analizu

05.09.2012. – položen specijalistički ispit iz Psihijatrije, stjecanje naslova specijalist psihijatar

2012/2013. – 1. stupanj edukacije iz Kognitivno-bihevioralne terapije

2013. - 2nd European Psychopathology Summer School in Pula under patronage of European Psychiatric Association

2013. – 2014. – 2. stupanj Kognitivno-biheviоralne terapije

2015. – ECNP School of Neuropsychopharmacology

ožujak 2016. – polaganje subspecijalističkog ispita iz biologijske psihijatrije, stjecanje naslova subspecijalist biologijske psihijatrije

od 2007. – 2016. pohađanje niza poslijediplomskih tečajeva trajne izobrazbe iz područja psihijatrije

RADNO ISKUSTVO:

2006. – 2007. - Pripravnički staž liječnika medicine u Klinčkom bolničkom centru Osijek

2006. – 2007. - Znanstveni novak na projektu MZOŠ „Biodinamika potpornog sustava čovjeka u različitim uvjetima“

2013. – 2014. – suradnik na magistarskom studiju „Counselling (Savjetovanje)“ pri Evanđeoskom teološkom fakultetu u Osijek

01.11.2007. – danas Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Osijek

2012. – danas - naslovni asistent na Katedri za psihijatriju, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayer

STRANI JEZICI: engleski i njemački – aktivno

ZNANSTVENA I STRUČNA DJELATNOST:

Udžbenici i skripta
1. Filaković, Pavo; Vukšić, Željka; Požgain, Ivan, Radanović Grgurić, Ljiljana; Koić, Oliver; Anton, Sanda; Degmečić, Dunja; Dodig-Ćurković, Katarina; Laufer, Davor; Petek Erić, Anamarija; Benić, Domagoj; Ivanušić, Josipa; Perković Kovačević, Marina. **Psihijatrija** / Filaković, Pavo (ur.). Osijek : Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strosmayera u Osijeku, 2014.
2. Dodig-Ćurković, Katarina; Grgić, Mirela; Radić, Josipa; Ćurković, Mario; Radić, Mislav; Pivac, Nela; Mimica-Matanović, Suzana; Delalle, Mirela; Maršanić-Boričević, Vlatka; Anamarija Petek; Benić, Domagoj; Kovač, Vlatka; Zebić, Petra; Kralik, Kristina.

Psihopatologija dječje i adolescentne dobi / Dodig-Ćurković, Katarina ; Kralik, Kristina (ur.). Osijek : Svjetla grada, 2013..

Izvorni znanstveni i pregledni radovi u CC časopisima

1. Erić AP, Erić I, Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Kralik K, Kovač V, Filaković P. The temperament and character traits in patients with major depressive disorder and bipolar affecitve disorder with and without suicide attempt. Psychiatr Danub. [prihvaćen za objavljivanje 15.11.2016.g., potvrda o prihvaćenosti u prilogu]

2. Filaković, Pavo; Petek Erić, Anamarija; Mihanović, Mate; Glavina, Trpimir; Molnar, Sven. **Dementia and legal competency**. // *Collegium Antropologicum*. **35** (2011) , 2; 463-469 (članak, znanstveni).

3. Filaković, Pavo; Petek Erić, Anamarija; Mihanović, Mate; Glavina, Trpimir; Molnar, Sven. **Dementia and legal compentency**. // *Collegium antropologicum*. **35** (2011) , 2; 463-469 (članak, znanstveni).

4. Ćurković,Mario; Dodig-Ćurković Katarina, Petek Erić Anamarija, Kralik, Kristina; Pivac, Nela. Psychotropic medications in older adults: a review. Psychiatria Danubina. 2016;28(1):13-24.

Ostali radovi u CC časopisima

1. Filaković, Pavo; Petek Erić, Anamarija. **Pharmacotherapy of suicidal behaviour in major depression, schizophrenia and bipolar disorder**. // *Collegium antropologicum*. **37** (2013) , 3; 1039-1044 (prikaz, znanstveni).

Znanstveni radovi u drugim časopisima

1. Filakovic, Pavo; Petek, Anamarija; Radanovic, Grguric, Ljiljana. **Metabolic syndrome and psychotropic medications**. // *Medicinski glasnik Ljekarske komore Zeničko-dobojskog kantona*. **9** (2012) ; 180-188 (pregledni rad, znanstveni).

2. Filaković, Pavo; Petek Erić, Anamarija; Požgain, Ivan. **New strategies in the treatment of bipolar disorder**. // *Psychiatria Danubina*. **23** (2011.) , 3; 293-299 (članak, znanstveni).

3. Filaković, Pavo; Petek, Anamarija. **Personalized pharmacotherapy in psychiatry**. // *Psychiatria Danubina*. **21** (2009) ; 341-346 (članak, znanstveni).

4. Filaković, Pavo; Petek, Anamarija; Koić, Oliver; Radanović-Grgurić, Ljiljana; Degmečić, Dunja.

Comorbidity of depressive disorders – therapeutic aspects. // *Psychiatria Danubina*. **21** (2009) ; 301-410 (pregledni rad, znanstveni).

5. Radanović-Grgurić, Ljiljana; Barkić, Jelena; Filaković, Pavo; Koić, Oliver; Laufer, Davor; Petek, Anamarija; Mandić, Nikola.
The impact of displacement on the expression of depressive disorder and social functioning among the war refugees. // *Psychiatria Danubina*. **21** (2009) ; 474-482 (pregledni rad, znanstveni).

6. Radanović-Grgurić, Ljiljana; Petek, Anamarija; Laufer, Davor; Koić, Oliver; Radanović, Branko; Filaković, Pavo.
Pharmacologic side effects and/or neurologic disorder: case report. // *Psychiatria Danubina*. **21** (2009) ; 575-578 (članak, znanstveni).

7. Filaković, Pavo; Biljan, Darko; Petek, Anamarija.
Depression in dermatology:an integrative perspective. // *Psychiatria Danubina*. **20(3)** (2008) ; 419-425 (članak, znanstveni).

8. Petek, Anamarija; Šakić, Maristela; Filaković, Pavo.
Poremećaj spolnog identiteta s početkom u djetinjstvu i progresijom u odraslu dob. // *Socijalna psihijatrija*. **36** (2008) ; 212-216 (članak, znanstveni).

Ostali radovi u drugim časopisima

1. Filaković, Pavo; Biljan, Darko; Petek, Anamarija.
Depresija u oboljelih od psorijaze. // *Medicinski vjesnik*. **40(1-4)** (2008) ; 25-30 (članak, stručni).

Kongresno priopćenje (sažeci) u CC časopisu

1. Petek, Anamarija; Dodig Curkovic, Katarina; Curkovic, Mario; Kralik, Kristina.
The correlation of therapeutic adherence among adolescent and adult patients with psychosis using a HPLC&LC-MS method // *European Neuropsychopharmacology*.
Berlin : Elsevier, 2014. S514-S515 (poster,međunarodna recenzija,sažetak,znanstveni).

Sažeci u zbornicima skupova

1. Petek, Anamarija; Dodig-Ćurković, Katarina; Erić, Ivan; Petek, Marta; Ćurković, Mario; Kralik, Kristina; Filaković, Pavo.
Influence of personality traits on depression severity in adolescents // *European Psychiatry*.
2014. (poster,međunarodna recenzija,sažetak,znanstveni).

2. Petek Erić, Anamarija; Petek, Marta; Tusić, Robert; Čubra, Mirjana.
Depression and suicidality among elderly patients after suffering a stroke // .

(poster,međunarodna recenzija,sažetak,znanstveni).

3. Petek Erić, Anamarija; Dodig-Ćurković, Katarina; Kovač, Vlatka; Ivanušić, Josipa; Filaković, Pavo.
Razina suicidalnosti u shizofreniji i depresivnom poremećaju // *8. hrvatski psihijatrijski dani*.
(poster,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

4. Petek Erić, Anamarija; Dodig-Ćurković, Katarina; Kovač, Vlatka; Ivanušić, Josipa; Filaković, Pavo; Petek, Marta.
Suicidality level correlated with borderline personality traits in patients with depressive disorder and schizophrenia // *3rd European Conference on Schizophrenia Research*.
Berlin, 2011. (poster,međunarodna recenzija,sažetak,znanstveni).

5. Petek, Anamarija; Degmečić, Dunja; Ivanušić, Josipa; Filaković, Pavo.
Procjena kardiovaskularnog rizika pri terapiji atipičnim antipsihoticima // *Zbornik radova – Šesti hrvatski psihijatrijski dani*.
2009. (poster,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

6. Radanović-Grgurić, Ljiljana; Petek, Anamarija; Laufer, Davor; Koić, Oliver; Ivanušić, Josipa; Filaković, Pavo.
Pharmacologic side effects and/or neurological disorder // *1st Croatian congres on side-effects of psychopharmacs. Book of abstracts*.
2009. (poster,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

7. Radanović-Grgurić, Ljiljana; Petek, Anamarija; Laufer, Davor; Koić, Oliver; Ivanušić, Josipa; Filaković, Pavo.
Pharmacologic side effects and/or neurological disorder // *1st Croatian congres on side-effects of psychopharmacs. Book of abstracts*.
2009. (poster,domaća recenzija,sažetak,znanstveni).

12. PRILOZI

Popis priloga:

1. Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D
2. Reasons For Living Inventory – RFL
3. Columbia – Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)
4. Polu-strukturirani klinčki sociodemografski upitnik

1. **Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D**

1. HAMILTONOVA SKALA ZA PROCJENU DEPRESIVNOSTI (HAMD)

2.	DEPRESIVNO RASPOLOŽENJE (tuga, beznađe, bespomoćnost, bezvrijednost)	0	1	2	3	4
3.	OSJEĆAJ KRIVNJE (samooptuživanje, ideje krivnje i/ili kazne, sumanutosti krivnje, optužujući i potkazujući glasovi , halucinacije)	0	1	2	3	4
4.	SUICID (doživljaj bezvrijednosti života, suicidalne ideje ili pokušaj)	0	1	2	3	4
5.	RANA INSOMNIJA (teškoće usnivanja)	0	1	2		
6.	TEŠKOĆE PROSNIVANJA (iscrpljujuće spavanje, poremećen san, buđenje tijekom noći)	0	1	2		
7.	KASNA INSOMNIJA (rano buđenje)	0	1	2		
8.	RAD I AKTIVNOST (osjećaj nesposobnosti, zamora ili slabosti, gubitak interesa, redukcija aktivnosti)	0	1	2	3	4
9.	RETARDACIJA (usporenost mišljenja i govora, poremećaj koncentracije, snižena motorna aktivnost)	0	1	2	3	4
10.	AGITACIJA («zanima» se rukama, krši ruke, lomi nokte)	0	1	2	3	4
11.	ANKSOZNOST (napetost, iritabilnost, zabrinutost, uplašeno iščekivanje, strahovi)	0	1	2	3	4
12.	TJELESNA ANKSIOZNOST (fiziološki kao: GI, kardiovaskularni, respiratorni, urinarni simptomi, znojenje)	0	1	2	3	4
13.	TJELESNI GASTROINTESTINALNI SIMPTOMI (gubitak apetita)	0	1	2		
14.	OPĆI TJELESNI SIMPTOMI (osjećaj težine, bolovi, gubitak energije, laka zamorljivost)	0	1	2		
15.	GENITALNI SIMPTOMI (gubitak libida, poremećaji menstrualnog ciklusa)	0	1	2		
16.	HIPOHNDRIJAZA (preokupacija zdravljem,	0	1	2	3	4

	zahtjevi za pomoć, hipohondrične sumanutosti)					
17.	GUBITAK TJELESNE TEŽINE	0	1	2		
18.	Uvid u bolest (prihvaća da je depresivan i bolestan)	0	1	2		
19.	DNEVNA VARIJACIJA RASPOLOŽENJA (simptomi najizraženiji ujutro ili navečer)	0	1	2		
20.	DEPRESONALIZACIJA I DEREALIZACIJA (osjećaj nestvarnost, nihilističke ideje)	0	1	2	3	4
21.	PARANOIDNOST (sumnjičavost, ideje odnosa, sumanutosti proganjanja)	0	1	2	3	4
22.	OPSESIVNO-KOMPULZIVNA SIMPTOMATOLOGIJA	0	1	2		
Ukupno:						

0-odsutno, 1-blago, 2-srednje, 3-teško, 4-nepodnošljivo

2. Reasons For Living Inventory – RFL

Reasons For Living Inventory

Datum 1. probira:_____ Identifikacijska oznaka ispitanika:_____

Datum 2. probira:_____ Ispitivanje izvršio:_____

PROCJENSKI UPITNIK RAZLOGA ZA ŽIVOT
„REASON FOR LIVING INVENTORY"
Autori: Linehan i sur., 1983.
Sveučilište u Washingtonu (SAD)
Klinika za bihevioralna istraživanja i terapiju

UPUTE: Veliki broj ljudi jednom u životu pomisli na samoubojstvo. Drugi nikada ne pomisle. Neovisno o tome jeste li Vi ikada razmišljali o tome, mi želimo istražiti razloge zbog kojih Vi **ne** bi počinili samoubojstvo ako Vam se takva misao pojavi ili ako Vam netko drugi takvo što predloži.

Na slijedećim stranicama su razlozi zbog kojih ljudi ne bi počinili samoubojstvo. Mi bi smo željeli saznati koliko je Vama važan svaki od navedenih mogućih razloga, a zbog kojega Vi ne bi pokušali samoubojstvo. Molimo Vas da pripadajuću oznaku stavite lijevo od postavljenog pitanja.

Svaki ponuđeni razlog može se označiti od 1 (Nimalo važno) do 6 (Iznimno važno). Ako se navedeni razlog, prema Vašem mišljenju, ne odnosi na Vas ili smatrate da ta izjava nije točna, onda se najvjerojatnije radi o nečemu što je Vama nije bitno i trebali bi ste označiti sa 1.

Molimo Vas da u vašim odgovorima koristite cijeli raspon ponuđenih odgovora (od 1 do 6), a se samo srednje vrijednosti (2,3,4,5) ili krajnje (1 i 6).

U predviđeni prostor stavite broj koji označava razinu važnosti navedenoga mogućeg razloga zbog kojega **ne** bi pokušali samoubojstvo.

1. Nimalo važno(ne odnosi se na mene **ili** ne vjerujem u ovaj razlog, kao razlog zbog kojega **ne** bih pokušao/-la samoubojstvo)
2. Prilično nevažno
3. Donekle nevažno
4. Donekle važno
5. Prilično važno
6. Iznimno važno (vjerujem u ovaj razlog i ona je jako važna, kao razlog zbog kojega **ne** bih počinio pokušao/-la samoubojstvo)

Ukoliko nikada niste razmišljali ili čvrsto vjerujete da Vam se nikada ne bi moglo dogoditi da razmišljate o samoubojstvu, neovisno o tome, odgovorite na svaki ponuđen razlog. U ovome slučaju, ispunjavajte Upitnik temeljem Vašega stava **zbog čega samoubojstvo nije i za Vas nikada ne bi bila alternativa.**

Na svaki predviđeni prostor označite razinu važnosti za pojedinu tvrdnju zbog koje **ne** bi pokušali samoubojstvo.

1. Nimalo važno
2. Prilično nevažno
3. Donekle **nevažno**
4. Donekle **važno**
5. Prilično važno
6. Iznimno važno

____ 1. Imam odgovornost i obavezu prema svojoj obitelji.

____ 2. Vjerujem da se mogu naučiti prilagoditi i nositi sa svojim problemima.

____ 3. Vjerujem da imam kontrolu nad svojim životom i sudbinom.

____ 4. Imam želju za životom.

____ 5. Vjerujem da samo Bog ima pravo oduzeti život.

____ 6. Bojim se smrti.

1. Nimalo važno
2. Prilično nevažno
3. Donekle **nevažno**
4. Donekle **važno**
5. Prilično važno
6. Iznimno važno

____ 7. Moja obitelj bi mogla povjerovati da ih nisam volio/-la.

____ 8.Ne vjerujem da stvari mogu postati beznadne ili očajne u toj mjeri da bih radije poželio umrijeti.

____ 9. Moja obitelj me treba i ovisi o meni.

___ 10. Ne želim umrijeti.

___ 11. Želim vidjeti svoju djecu kako odrastaju.
___ 12. Život je sve što imamo i bolji je od ništavnosti.

___ 13. Imam planove čije me ostvarivanje u budućnosti raduje.
___ 14. Bez obzira kako loše se osjećam, znam da to neće trajati.

___ 15. Bojim se nepoznatoga.
___ 16. Previše volim i uživam u svojoj obitelji i ne bih ih mogao/-la napustiti.
___ 17. Želim iskusiti sve što život nudi jer postoji još puno toga što nisam doživio/-jela, a želio/-ljela bih.

___ 18. Bojim se da način na koji bih si pokušao/-la oduzeti život ne bi uspjela.

___ 19. Brinem o sebi dovoljno da želim živjeti.
___ 20. Život je prelijep i dragocjen da bi se prekinuo.
___ 21. Ne bi bilo pošteno da ostavim djecu drugima na brigu.
___ 22. Vjerujem da mogu naći druga rješenja za svoje probleme.
___ 23. Bojim se odlaska u pakao.

___ 24. Imam ljubav života.
___ 25. Previše sam uravnotežen/-a da bih si oduzeo/-la život.
___ 26. Kukavica sam i nemam hrabrosti to učiniti.
___ 27. Moja vjerska uvjerenja to zabranjuju.
___ 28. Posljedice bi za moju djecu bile štetne.

___ 29. Radoznao/-la sam prema tome što će se dogoditi u budućnosti.
___ 30. To bi povrijedilo moju obitelj, a ja ne želim da oni pate.

___ 31. Brine me što bi drugi mislili o meni.
___ 32. Vjerujem da se sve može razriješiti na najbolji mogući način.
___ 33. Ne mogu odlučiti gdje, kada i kako to učiniti.
___ 34. Smatram to moralno pogrješnim.

___ 35. Još imam puno toga za dovršiti.
___ 36. Imam hrabrosti suočiti se sa životom.

___ 37. Sretan/-a sam i zadovoljan/-na svojim životom.
___ 38. Bojim se stvarnoga „čina" samoubojstva (boli, krvi, nasilnosti)
___ 39. Vjerujem da oduzimanjem svoga života ne bih postigao/-la biti riješio/-la ništa.
___ 40. Nadam se da će se stvari poboljšati i da će budućnost biti sretnija.
___ 41. Drugi ljudi bi mislili da sam slab/-a i sebičan/-na.

1. Nimalo važno
2. Prilično nevažno
3. Donekle **nevažno**
4. Donekle **važno**
5. Prilično važno
6. Iznimno važno

___ 42. Imam unutarnji nagon za životom.

___ 43. Ne bih želio/-la da ljudi misle kako nisam imao/-la kontrolu nad svojim životom.
___ 44. Vjerujem da mogu naći svrhu u životu, razlog za život.
___ 45. Ne vidim razloga za požurivanje vlastite smrti.
___ 46. Toliko sam nesposoban /-na da moja metoda samoubojstva ne bi bila uspješna.
___ 47. Ne bih želio/-ljela da moja obitelj poslije osjeća krivnju.
___ 48. Ne bih želio/-ljela da moja obitelj misli kako sam bio/-la sebičan/-na ili kukavica.

3. Columbia – Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Columbia – Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

UPITNIK ZA OCJENU RIZIKA OD SAMOUBOJSTVA – SVEUČILIŠTE COLUMBIA (C-SSRS)

Verzija za početak studije

Verzija 14/1/09

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

Upozorenje:

Ovaj upitnik trebaju koristiti kvalificirani kliničari. Pitanja u Upitniku za ocjenu rizika od samoubojstva - Sveučilište Columbia (C-SSRS) su formulirana za sugestiju. Konačna ocjena prisutnosti suicidalnosti ovisi o kliničkoj procjeni.

Definicije suicidalnog ponašanja u ovom upitniku temelje se na definicijama koje su se koristile u upitniku ***The Columbia Suicide History Form*** *sljedećih autora: John Mann, MD i Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.]* Standardized Evaluation in Clinical Practice, *str. 103. -130., 2003.)*

Za separate upitnika C-SSRS kontaktirajte: Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; za upite i uvjete poduke kontaktirajte posnerk@childpsych.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

ZAMIŠLJANJE SAMOUBOJSTVA

Postavite pitanje 1 i 2. Ako su oba odgovora negativna, prijeđite na odjeljak "Suicidalno ponašanje". Ako je odgovor na pitanje 2 "da", postavite pitanja 3, 4 i 5. Ako je odgovor na pitanje 1 i/ili 2 "da", popunite donji odjeljak "Intenzitet zamišljanja".

Životni vijek – vrijeme kad se ispitanik osjećao najsuicidalnije

1. Želja da bude mrtav

Ispitanik želi biti mrtav ili vikne želi živjeti odnosno želi zaspati i više se ne probuditi.

Jeste li poželjeli da budete mrtvi ili da možete zaspati i više se ne probuditi?

Ako da, opišite:

Da ☐ Ne ☐

2. Neodređene aktivne misli o samoubojstvu

Općenite neodređene misli o tome da se okonča vlastiti život odnosno počini samoubojstvo (npr. *"Pomislio sam da se ubijem"*) bez misli o tome kako se ubiti odnosno s tim povezanim načini, namjere ili planovi.

Jeste li ostvarili ponijeli da se ubijete?

Ako da, opišite:

Da ☐ Ne ☐

3. Aktivno zamišljanje samoubojstva na bilo koji način (neplanirano) bez namjere da se počini samoubojstvo

Ispitanik razmišlja o samoubojstvu i pomislio je na barem jedan način kako da se ubije tijekom nadobližnje prošlosti. To je različito od točno određenog razrađenog plana s pojedinostima o vremenu, mjestu ili načinu kako da se ubije (npr. pomisao o načinu kako da se ubije, ali bez određenog plana). To uključuje osobu koja bi rekla *"Pomislio sam da se prošetam/vozim, ali nikada nisam konkretno planirao kada, gdje ili kako bih to ostvario i učinio... i nikada to ne bih do kraja izveo"*.

Jeste li razmišljali o tome kako biste to mogli učiniti?

Ako da, opišite:

Da ☐ Ne ☐

4. Aktivno zamišljanje samoubojstva s ponekom namjerom da se počini samoubojstvo, ali bez točno određenog plana

Aktivne misli o tome da se počini samoubojstvo te ispitanik izjavljuje da je imao poneku namjeru da učini to o čemu razmišlja, a suprotno je izjavi *"Razmišljam o tome, ali sigurno neću ništa učiniti u vezi toga"*.

Jeste li imali takve misli i ponekа namjeru da ih i učinite?

Ako da, opišite:

Da ☐ Ne ☐

5. Aktivno zamišljanje samoubojstva s točno određenim planom i namjerom

Misli o tome da se počini samoubojstvo s pojedinostima plana potpuno ili djelomično razrađenima te ispitanik ima poneku namjeru da to i učini.

Jeste li počeli razrađivati pojedinosti ili ste ih već razradili o tome kako da počinite samoubojstvo? Namjeravate li i provesti taj plan?

Ako da, opišite:

Da ☐ Ne ☐

INTENZITET ZAMIŠLJANJA

Sljedeće karakteristike se ocjenjuju s obzirom na najekstremnije vrste zamišljanja (i). 1-5 iz gornjih odjeljaka, gdje je 1 najmanje ekstremno, a 5 najekstremnije). Pitajte ispitanika za vrijeme kad se osjećao najsuicidalnije.

najekstremnije

Najekstremnije zamišljanje: _____ _____

Vrsta br. (1-5) *Opis zamišljanja*

Učestalost

Koliko ste puta imali takve misli?

(1) manje od jednom tjedno (2) jednom tjedno (3) 2-5 puta tjedno (4) svaki dan ili skoro svaki dan (5) puno puta svakog dana

—

Trajanje

Kad imate takve misli, koliko dugo one traju?

(1) kratko – nekoliko sekundi ili minuta
(2) manje od 1 sata / nekoliko vrijeme
(3) 1-4 sata / puno vremena
(4) 4-8 sati / većinu dana
(5) više od 8 sati / dugo ili neprekidno

—

Sposobnost kontroliranja misli

Jeste li mogli odnosno možete li prestati razmišljati o tome da se ubijete odnosno o želji da umrete kad to poželite?

(1) Lako može kontrolirati svoje misli
(2) Može kontrolirati svoje misli uz manje poteškoće.
(3) Može kontrolirati svoje misli uz dosta poteškoća.
(4) Može kontrolirati svoje misli uz puno poteškoća.
(5) Ne može kontrolirati svoje misli.
(0) Ni ne pokušava kontrolirati svoje misli

—

Razlozi da se ne počini samoubojstvo

Postoje li neki razlozi – netko ili nešto (npr. obitelj, vjera, bol kod umiranja) – koji su Vas spriječili da poželite umrijeti ili da počinite samoubojstvo?

(1) Ti razlozi su Vas sigurno spriječili u pokušaju samoubojstva.
(2) Ti razlozi su Vas vjerojatno spriječili.
(3) Nije sigurno da su Vas ti razlozi spriječili.
(4) Ti razlozi Vas najvjerojatnije nisu spriječili.
(5) Ti razlozi Vas sigurno nisu spriječili.
(0) Nije primjenjivo

—

Razlozi zamišljanja samoubojstva

Kakve ste razloge imali da želite umrijeti odnosno da počinite samoubojstvo? Da li je to bilo da prekinete bol odnosno da se više ne osjećate tako kako se osjećate (drugim riječima, niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate) ili je to bilo da privučete pažnju, da se osvetite nekome odnosno da izazovete reakciju od drugih? Ili i jedno i drugo?

(1) Potpuno da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih.
(2) Uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih.
(3) Jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih, kao i da prekine odnosno spriječi bol.
(4) Uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate).
(5) Potpuno da prekine odnosno spriječi bol (niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate).
(0) Nije primjenjivo

—

SUICIDALNO PONAŠANJE *(Označite sve što se odnosi na ispitanika, uzvrijet da se radi o zasebnim događajima; morate postaviti pitanje o svim vrstama ponašanja)*	**Životni vijek**
Stvarni pokušaj samoubojstva: Potencijalni čin samoozljeđivanja počinjen s bar ponekom željom da se umre, *kao rezultat tog čina*. To je ponašanje djelomično smišljeno kao način da se počini samoubojstvo. Namjera ne mora biti stopostotna. Ako postoji ***bilo kakva*** namjera odnosno želja da se umre koja je povezana s tim činom, tada se to može smatrati stvarnim pokušajem samoubojstva. ***Ne mora postojati nikakva ozljeda***, već samo potencijalna ozljeda. Ako osoba povuče obarač dok joj je vatreno oružje u ustima, ali oružje nije ispravno i zato ne dođe do ozljede, to se smatra pokušajem samoubojstva. Podrazumijevana namjera: Čak ako osoba negira namjeru odnosno želju da umre, to se može klinički podrazumijevati iz njenog ponašanja odnosno iz okolnosti. Na primjer, vrlo smrtonosan čin koji očigledno nije nesretan slučaj može se podrazumijevati da se radi jedino o samoubojstvu (npr. pucanj iz vatrenog oružja u glavu, skok s prozora s visokog kata). Također, ako netko negira namjeru da umre, ali smatra da ono što je učinio jest smrtonosno, može se podrazumijevati da se radi o namjeri. ***Jeste li pokušali počiniti samoubojstvo?*** ***Jeste li učinili bilo što kako bi se ozlijedili?*** ***Jeste li učinili bilo što opasno pri čemu ste mogli umrijeti?*** ***Što ste to učinili?*** ***Jeste li _____ kao način na koji ćete okončati svoj život?*** ***Jeste li željeli umrijeti (bar malo) kada ste _____?*** ***Jeste li pokušavali okončati svoj život kada ste _____?*** ***Ili jeste li pomislili da je moguće da ćete umrijeti zbog _____?*** ***Ili jeste li to učinili iz sasvim drugih razloga odnosno bez IKAKVE namjere da počinite samoubojstvo (npr. da smanjite stres, da se bolje osjećate, da izazovete suosjećanje ili da postignete da se nešto drugo dogodi)?*** (samoozljeđivanje bez namjere počinjenja samoubojstva) Ako da, opišite: **Da li se ispitanik upustio u nesuicidalno samoozljeđivanje?**	**Da** ☐ **Ne** ☐ Ukupni broj pokušaja _____ **Da** ☐ **Ne** ☐
Prekinuti pokušaj samoubojstva: Kad osobu nešto prekine (neka vanjska okolnost) u početku potencijalnog počinjenja samoozljeđivanja *(da toga nema, došlo bi do stvarnog pokušaja samoubojstva)*. Preduzimanje: Osoba ima tablete u ruci, ali je nešto prekine pa ih ne proguta. Kad jednom proguta bilo koju tabletu, to postaje pokušaj, a nije više prekinuti pokušaj. Pucanje: Osoba ima vatreno oružje upereno u sebe, oružje netko drugi uzme ili je na neki drugi način spriječena da povuče obarač. Kad jednom povuče obarač, čak i ako vatreno oružje ne opali, to jest pokušaj. Skakanje: Osoba se spremala skočiti, netko je primi i makne s ruba. Vješanje: Osoba ima omču oko vrata, ali još se nije objesila – spriječena je u tom činu. ***Jeste li ikada krenuli nešto učiniti da okončate svoj život, ali Vas je netko ili nešto spriječilo prije nego što ste to ustvari i učinili?*** Ako da, opišite:	**Da** ☐ **Ne** ☐ Ukupni broj prekinutih pokušaja _____
Odustajanje od pokušaja: Kada osoba počne poduzimati korake da pokuša počiniti samoubojstvo, ali se zaustavi prije nego što se ustvari upusti u bilo koju vrstu autodestruktivnog ponašanja. Primjeri su slični prekinutom pokušaju samoubojstva, osim što se osoba sama zaustavi, a ne spriječi je nešto drugo. ***Jeste li ikada krenuli nešto učiniti da pokušate okončati svoj život, ali ste se zaustavili prije nego što ste ustvari bilo što i učinili?*** Ako da, opišite:	**Da** ☐ **Ne** ☐ Ukupni broj odustajanja _____
Čin ili ponašanje pripremanja samoubojstva: Čin ili priprema za neposredni pokušaj samoubojstva. To može uključivati bilo što što nadilazi verbalizaciju ili razmišljanja, kao npr. prikupljanje točno određenih sredstava (npr. kupovanje tableta, kupovanje vatrenog oružja) ili pripremu vlastite smrti samoubojstvom (npr. davanje vlastitih stvari drugima, pisanje oproštajnog pisma). ***Jeste li poduzeli bilo kakve korake da pokušate počiniti samoubojstvo ili ste se pripremali da počinite samoubojstvo (npr. skupljali ste tablete, nabavili vatreno oružje, dali svoje vrijedne stvari drugima ili ste napisali oproštajno pismo)?*** Ako da, opišite:	**Da** ☐ **Ne** ☐
Suicidalno ponašanje: Suicidalno ponašanje je bilo prisutno tijekom razdoblja procjene.	**Da** ☐ **Ne** ☐

Odgovorite samo za stvarne pokušaje samoubojstva	Datum posljednjeg pokušaja samoubojstva:	Datum najsmrtonosnijeg pokušaja samoubojstva:	Datum prvog pokušaja samoubojstva:
Stvarna smrtonosnost / medicinsko oštećenje: 0. bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tjelesno oštećenje (npr. površinske ogrebotine). 1. manje tjelesno oštećenje (npr. letargičan govor, opekline prvog stupnja, slabo krvarenje, iščašenje). 2. umjereno tjelesno oštećenje; potrebna je medicinska skrb (npr. osoba je svjesna ali pospana, donekle reagira, opekline drugog stupnja, krvarenje iz glavnih žila). 3. umjereno teško tjelesno oštećenje potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega (npr. osoba je u komi s neutečenim refleksima, opekline trećeg stupnja zahvatile do 20% tijela, golem gubitak krvi i ali je oporavak moguć, veliki prijelomi). 4. teško tjelesno oštećenje; potrebna je hospitalizacija i intenzivna njega (npr. osoba je u komi i bez refleksa, opekline trećeg stupnja zahvatile preko 20% tijela, golem gubitak krvi s nestabilnim vitalnim znakovima, veliko oštećenje vitalne funkcije). 5. smrt	*unesite šifru* _____	*unesite šifru* _____	*unesite šifru* _____
Potencijalna smrtonosnost: odgovorite samo ako je stvarna smrtonosnost = 0 Vjerojatna smrtonosnost stvarnog pokušaja samoubojstva ako nema medicinskog oštećenja (sljedeći primjeri, iako nisu doveli do stvarnog medicinskog oštećenja, mogli su dovesti do vrlo velike smrtonosnosti: osoba je stavila vatreno oružje u usta i povukla obarač, ali oružje nije opalilo i nije došlo do medicinskog oštećenja; osoba je legla na tračnice kad je stigao vlak, ali se maknula s tračnica prije nego ju je vlak pregazio). 0 = ponašanje koje vjerojatno neće dovesti do ozljede 1 = ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt 2 = ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi	*unesite šifru* _____	*unesite šifru* _____	*unesite šifru* _____

4. Polu-strukturirani klinčki sociodemografski upitnik

Polu-strukturirani klinički sociodemografski upitnik

UPITNIK

1. **Dob (u godinama)**_____
2. **Spol: Ž M**
3. **Koliko godina ste u psihijatrijskom tretmanu?** _____
4. **Liječite se pod dijagnozom (ispunjava liječnik prema MKB 10)?** F_____
5. **Uzimate li redovito liječničku terapiju na način kako Vam je propisana (zaokružiti)**?

   DA NE PONEKAD

6. **Smatrate li da Vam terapija pomaže (zaokružiti)?** DA NE NE ZNAM
7. **Tijekom razdoblja obrazovanja završili ste slijedeće (zaokružite SAMO ono što ste zadnje završili tijekom školovanja):**
   a. Osnovna škola b. srednja škola c. viša škola d. fakultet
8. **Da li ste zaposleni?** a. da b. ne c. ponekad (sezonski poslovi) d. umirovljenik/-ica
9. **Vaša mjesečna primanja su**: a. ispod 2000 kn b. 2000-3000 kn c. 3000-5000 kn d. 5000-10 000 e. više od 10 000 kn
10. **Vaš trenutni status je**: a. samac b. udana/oženjen c. u vezi d. udovica/udovac e. razveden
11. **Imate li djece (ukoliko DA, na crticu upišite broj)**? a. NE b. DA _____
12. **Stambeno pitanje imate trenutno riješeno na slijedeći način**: a. živim u stanu b. živim u kući c. živim kod roditelja d. živim kod roditelja sa svojom obitelji e. živim kao podstanar
13. **Ukoliko ste udani/oženjeni/ u vezi, osjećate li se u tome odnosu sretno (zaokružiti)**?
    DA NE NE ZNAM
14. **Vašem prvom javljanju psihijatru prethodilo je slijedeće**: a. gubitak bliske osobe b. gubitak posla c. razvod braka d. poteškoće sa začećem i ostvarivanjem trudnoće e. financijske poteškoće f. bračne poteškoće g. osjećala/osjećao sam se loše dugo vremena h. traumatski događaj (promet i sl.) i. ne sjećam se
15. **Vaš liječnik neka upiše generička imena lijekova koje uzimate (antidepresivi, antipsihotici, stabilizatori raspoloženja, benzodiazepini)**:
    1._____ _____ mg/dan
    2._____ _____ mg/dan
    3._____ _____ mg/dan
    4._____ _____ mg/dan
    5._____ _____ mg/dan
    6._____ _____ mg/dan

18. **Da li je u Vašoj obitelji bilo članova (samo krvno srodstvo) koji su (zaokružiti):**

a. bili u psihijatrijskom tretmanu b. počinili samoubojstvo c. nema članova obitelji koji su bili liječeni kod psihijatra

HVALA VAM NA SUDJELOVANJU!