

## SUICIDALNOST KOD DEPRESIVNIH PACIJENATA

Vukadinović Sanja<sup>1</sup>  
Stojaković B. Milan<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihijatriju Kliničkog centra Banja Luka

<sup>2</sup>Medicinski fakultet u Banjoj Luci, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Originalni naučni rad

### sažetak:

UVOD: Mentalno zdravlje je od suštinskog značaja za kvalitet života jer unapređenjem mentalnog zdravlja povećava se kvalitet života i mentalno blagostanje čitave populacije, uključujući i ljude s mentalnim problemima i njihove članove porodice, prijatelje i druge osobe izvan zvaničnih službi koje pružaju njegu a samim tim se utiče i na smanjenje stope suicida, imajući u vidu da najveći postotak suicida i počine osobe s mentalnim poremećajima, oko 90% svih suicida.

CILJ: Ova studija istražuje probleme dijagnostike i liječenja depresivnih poremećaja, suicidalnosti depresivnih pacijenata, zastupljenost broja depresivnih osoba i faktore rizika kod suicidalnog ponašanja, te način prevencije suicidalnosti depresivnih pacijenata.

METODE: U kliničkom istraživanju Odjeljenja za urgentnu psihijatriju Kliničkog centra u Banjoj Luci, u vremenskom periodu od 1. januara 2006. godine do 1. januara 2007. godine ispitivali smo ukupno 420 hospitalizovanih pacijenata, 297 žena i 123 muškarca, dobi od 25 do 65 godina, koji su ispunjavali PHQ-9.

REZULTATI: Od ukupno hospitalizovanih 420 pacijenata 42 (10,0%) je pokušalo samoubistvo. Od toga 17 (4,05%) koji su pokušali samoubistvo hospitalizovani su pod primarnom dijagnozom Dg: Tentamen suicidii. Pokušaj samoubistva pacijenata koji su bili u hospitalizovani pod primarnom Dg: Depressio je 25 (5,95%) depresivnom stanju. U grupi pacijenata s pokušajem samoubistva sa primarnom dijagnozom Dg: Tentamen suicidii od ukupno 17 hospitalizovanih pacijenata kod 6 je depresija je recidivirala više od tri puta prije suicidalnog čina.

ZAKLJUČAK: Naše ispitivanje faktora rizika kod suicidalnog ponašanja na uzorku 420 kliničkih ispitanika nije našlo statistički značajne razlike u pogledu faktora rizika. I dalje ostaje otvoreno pitanje koliko smo u mogućnosti da preveniramo sve suicide. Paradoksalno, uz sve navedeno i poznato, mogućnosti sigurne predikcije i prevencije suicida još uvek su limitirane. Samoubilački čin je svojstven samo čovjeku, prisutan u svim kulturama i ostao nerazjašnjen do današnjeg dana.

**Ključne riječi:** suicidalnost, depresija, farmakoterapija, tretman

### UVOD

Prevalencija depresije u opštoj populaciji procjenjuje se na 2% do 4%, dok godišnja prevalencija iznosi 6,6%. Životna prevalencija procjenjuje se na 16,2%, i to 7-12% za muškarce i 20-25% za žene. Žene pokušavaju izvršiti suicid tri puta češće od muškaraca, a muškarci izvršavaju suicid četiri puta češće od žena (1). Suicid je kompleksan, multikauzalni bihevioralni fenomen koji zahtijeva kompleksan pristup u cilju razumijevanja faktora rizika. U modernom svijetu on je

važan sociopatološki entitet, u većini evropskih zemalja broj suicida je značajno viši od broja smrti uzrokovanih saobraćajnim nesrećama. Prema pravnoj definiciji, suicid je poguban, svojevoljan, životno ugrožavajući čin nad sobom bez očite želje za životom, a implicitne su dvije osnovne komponente – letalnost i namjera. Suicidalni pokušaj mogao bi se definisati kao *autodestruktivno ponašanje sa eksplicitnom namjerom umiranja*. Suicidalnost kao fenomen ljudskog ponašanja može se sagledavati sa različitih aspekata: biološkog istorijskog, epidemiološkog, kulturalnog teološkog,

sociološkog, psihološkog, ekonomskog itd., u spektru od suicidalnog razmišljanja (ideacije) do izvršenja suicida. Suicidalna ideacija može se kretati od pasivnih ideja do ideja sa planom i namjerom. Osim primarnih dijagnoza značajne prediktore za suicidalno ponašanje predstavljaju i aktuelno postojanje suicidalnih ideja, raniji pokušaji samoubistva, osjećanje bespomoćnosti ili beznadežnosti, stanje agitacije ili očaja, te posebni socijalni faktori ili nepovoljni životni događaji (gubitak, razvod, samoća, otkaz na poslu, izolacija, finansijske teškoće) te suicidalnom riziku doprinose i demografske karakteristike (muški pol, starije životno doba, bijela rasa), hereditarni faktori-postojanje članova porodice koji su počinili samoubistvo, prethodna psihijatrijska bolest, zavisnost o drogama, alkoholu ili kockanju, izloženost nasilju, te pristup vatrenom oružju u kući (2). Pojam depresije se može definisati kao klinički sindrom čiju fenomenologiju čine patološko raspoloženje, depresivni sadržaj mišljenja, poremećaji voljno – nagonskih dinamizama i vegetativne smetnje, što predstavlja definiciju prema aktuelnoj simptomatologiji, bez etiološke konotacije. Svakodnevni zahtjevni, brzi i sve složeniji uslovi života, izloženost raznim frustracijama, usamljenost savremenog čovjeka stvaraju podlogu za razvoj anksioznosti i depresije. Depresija povećava morbiditet, mortalitet i korišćenje zdravstvenih usluga što se sve odražava na socioekonomski aspekt ovog poremećaja tj. cijenu koju plaćaju pacijenti, njegova porodica i društvo. Trajanje poremećaja kroz određeni vremenski period prouzrokuje bitan poremećaj funkcionisanja i sposobnosti za donošenje odluka. Dolazi do pada motivacije, radne sposobnosti, povlačenja, izbjegavanja socijalnih aktivnosti uz gubitak interesovanja. U odnosu na onesposobljenost koju izaziva, od svih medicinskih bolesti depresija je na četvrtom mjestu na listi SZO, a

predviđa se da će 2020. godine biti druga, odmah iza ishemijske bolesti srca. Preko 15% depresivnih osoba izvrši suicid. Depresija se uspješno liječi. Između 60% i 70% depresivnih pacijenata dobro odreaguje na primjenjeni antidepresivni psihofarmak. Depresivan poremećaj se javlja u 6–35% pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dok čak oko 50% aktuelno depresivnih osoba ostaje neprepoznato i nedijagnostikovano, što znači da se te osobe i ne liječe (3,4,5). Jedan od 8 pokušaja suicida je fatalan, a oko 3% ljudi koji su ranije pokušali da se ubiju konačno izvrše suicid (6). Ustanovljeno je da 70% suicida izvrše pacijenti sa istorijom hronične bolesti. Oko 60% svih izvršenih suicida otpada na depresiju. *Između 15% i 20% depresivnih osoba izvrši suicid.* Komorbidna medicinska bolest je važan rizični faktor suicida. Starije osobe zbog narušenog opšteg zdravlja, koje dodatno pogoršava depresija izvrše 25% od svih suicida (7). Pacijenti sa suicidalnim ponašanjem imaju sniženu aktivnost centralne serotonergičke aktivnosti. Ovakav nalaz imaju i osobe koje manifestuju oslabljenu kontrolu impulsa i nasilno ponašanje (8,9). Druge studije ukazuju na sniženu aktivnost presinaptičkog serotoninskog transportera u prefrontalnom korteksu, naročito u ventralnoj regiji kod suicidalnih osoba (10). Genetska istraživanja potvrđuju povezanost serotonergičkog sistema transmisije i suicidalnosti. Moguća je uloga polimorfizma TPH1 gena u razvoju rizika za suicidalno ponašanje, jer taj gen kodira enzim koji je značajan u sintezi serotonina. Neke studije ukazuju na potencijalnu ulogu polimorfizma promotera gena za serotoninski transporter (5-HTTLPR) dok druge kao mogući prediktor suicidalnosti navode nivo 5-hidroksi-indol-sirćetne kiseline (5-HIAA) u likvoru (11,12,13). Nažalost, pored svega navedenog, dosada nije pronađen specifični biološki marker kojim bi se načinila distinkcija

suicidalnih od nesuicidalnih pacijenata (14). U liječenju suicidalnog ponašanja primjenjuje se psihofarmakoterapija, grupna i individualna terapija, uz napomenu da još uvijek postoji kontroverzan stav prema određenim lijekovima u smislu povećanja sklonosti ekspresiji suicidalnog ponašanja. Izbor psihofarmaka zavisi od težine bolesti, izraženosti suicidalnog rizika, sigurnosti i djelotvornosti lijeka, neželjenim efektima ili interakcijama s drugim lijekovima, bolesnikovoj saradnji, komorbiditetu, te socijalnoj podršci.

**CILJ** ovog rada je da se analizom dijagnostike i liječenja depresivnih poremećaja utvrdi suicidalnost depresivnih pacijenata. To obuhvata ispitivanje hospitalizovanih depresivnih pacijenata i utvrđivanje faktora rizika kod suicidalnog ponašanja.

#### **METODOLOGIJA**

Studija je obuhvatila 420 pacijenata oba pola, 297 žena i 123 muškarca, starosti od 25 do 65 godina, liječenih u periodu 2006-2007. na Odjeljenju za urgentnu psihijatriju, Klinike za psihijatriju KC Banjaluka. Kao instrument korišten je PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) na Odjeljenju za urgentnu psihijatriju. Ispunjeni upitnici odmah su pregledani i skorirani.

Dijagnostičke kategorije pacijenata uključenih u studiju su bile:

- F32 – Depresija
- F33 – Rekurentni depresivni poremećaj (depresivne epizode).

Upitnikom za podatke o pacijentima sa psihijatrijskom dijagnozom iz medicinske dokumentacije prikupljeni su podaci o psihijatrijskoj dijagnozi prema MKB-10 i propisanim psihofarmacima za 420 pacijenata koji su imali kompletnu psihijatrijsku kliničku i drugu medicinsku dokumentaciju.

Klinički dijagnostikovana, depresivnost je potvrđena i evaluirana Hamiltonovom skalom za procenu depresivnosti (HAMD-21).

Demografski podaci analizirani su primjenom deskriptivne statistike a značajnost razlika testirali smo pomoću t-testa.

#### **REZULTATI**

U našem ekstenzivnom ispitivanju došli smo do sljedećih rezultata: Svi ispitanici su dobijali dodatnu psihofarmakološku terapiju, anksiolitike 270 pacijenata (64,28%), stabilizatore raspoloženja 76 (18,09%), neuroleptike 40 (9,52%) i hipnotike 34 pacijenta (8,09%). Najdominantniji od svih pratećih apliciranih psihofarmaka su anksiolitici (64,28%).

Daljnijim istraživanjem na Odjeljenju za urgentnu psihijatriju došli smo do sljedećih rezultata: od ukupno hospitalizovanih 420 pacijenata 42 (10,0%) je pokušalo samoubistvo. Od toga 17(4,05%) koji su pokušali samoubistvo hospitalizovani su pod primarnom dijagnozom Dg: Tentamen suicidii. Pokušaj samoubistva pacijenata koji su bili u hospitalizovani pod primarnom Dg: Depressio je 25 (5,95%) depresivnom stanju. U grupi pacijenata s pokušajem samoubistva sa primarnom dijagnozom Dg: Tentamen suicidii od ukupno 17 hospitalizovanih pacijenata kod 6 depresija je recidivirala više od tri puta (Dg. Rekurentni depresivni poremećaj) prije suicidalnog čina.

Našli smo u anamnezi hospitalizovanih pacijenata s pokušajem suicida da je kod preko tri četvrtine ispitanika *prvi pokušaj suicida bio bez prethodno verifikovanog psihijatrijskog poremećaja* (uglavnom su razlozi bili: izbjeglištvo, loši socio-ekonomski uslovi, nezaposlenost, pozitivan hereditet za psihijatrijske poremećaje.). Od tri hospitalizovana pacijenta koji su bolovali od komorbiditetne epilepsije (uz depresiju) dva su pokušala suicid. 5 hospitalizovanih pacijenata od ukupnog broja pacijenata sa pokušajem suicida je imalo dijagnozu psihoze s pokušajem suicida; 13 hospitalizovana pacijenta pacijenata sa pokušajem suicida je pokušalo

samoubistvo s prethodnom ili komorbiditetnom dijagnozom psihoorganskog poremećaja.

Ukupno 42 (10%) ispitanika bila su "pozitivna" na PHQ-9, odnosno skor je bio 10 i više poena.

U drugoj fazi intenzivnog istraživanja sa ovih 42 ispitanika obavljani su klinički dijagnostički intervjui za depresiju i rekurentni depresivni poremećaj.

U trećoj fazi intenzivnog istraživanja ispitivani uzorak depresivnih osoba (N=42) podvrgnut je Upitniku o sociodemografskim i sociobiografskim podacima, te je ispitan i socio-ekonomski status. Svaki ispitanik je dao odgovor na pitanje o stresnim životnim događajima u posljednjih 6 mjeseci, koji su, po mišljenju samih ispitanika mogli doprinijeti pojavi depresivnih simptoma.

Rezultati socio-ekonomskog statusa naših ispitanika pokazuju veoma nizak nivo sa prosječnim godišnjim prihodom 2213,7± 678,5 KM(konvertibilne marke).

*Rezultati nisu potvrdila statistički značajne razlike kod naših ispitanika u ovom segmentu(p > 0.05).*

Na kraju je izvršen uvid u kompletnu medicinsku dokumentaciju, koja je analizirana, te su tako prikupljeni i podaci o hroničnim somatskim bolestima, bolnim sindromima, te prisustvu agresivnosti kod izdvojene grupe depresivnih ispitanika (N=42).

Ovo ispitivanje pokazalo je takođe da više od polovine depresivnih osoba 25 (59,52%) povezuje svoje "psihičko stanje" sa nekim stresnim događajem ili dugotrajnijom stresnom situacijom u posljednjih 6 mjeseci.

Najviše depresivnih ispitanika povezuje sa pojavom depresivnih simptoma i suicidalnošću neki od životnih događaja-a najčešće je to gubitak bliske osobe ili posla. Potom, najveći broj depresivnih ispitanika svoje aktuelno psihičko stanje povezivalo je sa "dugotrajnijim materijalnim problemima" i "problemima na radnom mjestu, mobingom" (privatizacija firme, prijeteći otkazi,

racionalizacija radnih mjesta, promjena radnog mjesta).

U našem uzorku nisu nađene statistički značajne razlike depresivnih ispitanika (N=42) u odnosu na mogući uzrok psihičkog stanja suicidalnih tendencija u konstelaciji sa stresnim događajem ili dugotrajnijom stresnom situacijom.

Tako obuhvaćeno ispitivanje i utvrđivanje faktora rizika kod suicidalnog ponašanja nije našlo statistički značajne razlike u pogledu faktora rizika.

Istraživanjem asociranih simptoma i oblika ponašanja kod naših ispitanika (N=42) nađena su najčešće nesаницe i anksioznost, te agresivnost ili hostilno ponašanje. Kod preko dvije trećine ispitanika evidentirali smo nesаницe kao i anksioznost. Kod preko polovine ispitanika našli smo elemente agresivnosti ili hostilnog ponašanja što je u konstelaciji sa povišenim suicidalnim rizikom.

Naše istraživanje potvrđuje asociranost dugotrajnih uticaja stresnih faktora, jer 5 (11,9%) ispitanika ima posljedice nakon hroničnog PTSP-a u Formi Trajnih promjena ličnosti (komorbiditet sa depresijom), te su kod 9 (21,42%) ispitanika nađene posljedice depresivnih poremećaja uzrokovane mobingom.

## DISKUSIJA

Depresija se sve češće posmatra kao hronična bolest, te klinička iskustva pokazuju da više od 60% osoba koje su imale prvu depresivnu epizodu ima i naredne depresivne epizode-rekurentni depresivni poremećaj. Rizik rekurencije raste na 70% nakon druge depresivne epizode, a na 90% nakon treće depresivne epizode. Gubitak bliske osobe kao precipitator depresije navodi se u brojnim studijama i smatra se jednim od najvažnijih događaja, koji najčešće prethodi prvoj depresivnoj epizodi (1,2). *Rezultati naših ispitanika nisu potvrdila statistički značajne razlike kod naših ispitanika u ovom segmentu. (p > 0.05).*

Naše ispitivanje pokazalo je da više od polovine depresivnih osoba 25 (59,52%)

povezuje svoje "psihičko stanje" sa nekim stresnim događajem ili dugotrajnijom stresnom situacijom u posljednjih 6 mjeseci. Od životnih događaja-gubitak bliske osobe ili posla, sa pojavom depresivnih simptoma i suicidalnošću povezuje najviše depresivnih ispitanika. Potom, najveći broj depresivnih ispitanika svoje aktuelno psihičko stanje povezivalo je sa "dugotrajnijim materijalnim problemima" i "problemima na radnom mjestu" (mobing, privatizacija firme, prijeteci otkazi, racionalizacija radnih mjesta, promjena radnog mjesta) što je sasvim razumljivo u vremenu recesije i ekonomske krize. Nisu nađene statistički značajne razlike depresivnih ispitanika iz našeg uzorka (N=42) u odnosu na mogući uzrok psihičkog stanja suicidalnih tendencija u konstelaciji sa stresnim događajem ili dugotrajnijom stresnom situacijom. Međutim, prije i tokom ovog istraživanja *dogodio se priličan broj samoubistava* (koje smo pratili putem medija) *koja nisu uopšte hospitalno tretirana* a u velikom broju slučajeva radilo se o "dugotrajnijim materijalnim problemima", "hipotekarskim ugovorima", "žirantskim problemima", te čak 2 samoubistva adolescenata zbog loših ocjena u školi koji zavrijeđuju posebnu pažnju. Zadnjih mjeseci očevici smo tzv. *bilansnih samoubistava* osoba koje zbog nemogućnosti vraćanja kredita ili dostojanstvenog daljeg življenja zbog materijalnih teškoća, nemogućnosti prehranjivanja porodice ili adekvatnog liječenja ili sličnih ozbiljnih problema zapadaju u tešku depresiju i počinu samoubistvo. Sve to je iniciralo da u ovom istraživanju ispitamo faktore rizika. Obuhvaćeno ispitivanje i utvrđivanje faktora rizika kod suicidalnog ponašanja ipak nije našlo statistički značajne razlike u pogledu faktora rizika, no napred navedena dešavanja bi trebala biti u fokusu narednih istraživanja i razmatranja bolje organizacije u preventivnom smislu.

Ozbiljnost posljedica kod nedijagnostikovanja depresivnih

poremećaja postavljaju imperativ da bi se pacijenti kod kojih postoji sumnja na depresivni poremećaj morali rutinski ispitivati u odnosu na suicidalnu ideaciju. Ljekari opšte prakse bi razgovor sa pacijentima češće mogli usmjeravati u pravcu rasvjetljavanja: teškoća sa spavanjem/nesanice, smanjenja energije i povećane zamorljivosti, gubitka interesovanja i zadovoljstva, depresivnog raspoloženja, doživljaja da su iznevjerili sebe ili druge (simptomi prema PHQ-9) i postojanja suicidalnih misli. Na ovo se logično nadovezuje pitanje određivanja kvalitetne farmakoterapije depresivnih stanja, te implikacije na njihov daljnji efekat kod suicidalnih depresivnih pacijenata.

Brojne studije izvještavaju da je nizak socio-ekonomski status povezan sa visokom prevalencom depresivnih poremećaja i suicidalnih tendenci. Rezultati socio-ekonomskog statusa naših ispitanika pokazuju veoma nizak nivo. Broj depresivnih osoba, ne samo u svijetu nego i kod nas, će se i dalje povećavati, a jedan od razloga je izloženost prolongiranom stresoru iz okruženja. Najnovija istraživanja potvrđuju teze asociranosti dugotrajnih uticaja stresnih faktora, posljedica PTSP-a, te mobinga na pojavu i učestalost depresivnih poremećaja, te povećanu prevalencu depresivnih poremećaja povezana sa nezaposlenošću, niskim primanjima i hroničnim somatskim bolestima (15,16,17,18) što je saglasno sa našim istraživanjem. Telepsihijatrijska iskustva ostvarena radom putem besplatnog telepsihijatrijskog servisa pokazuju pozitivnu korelaciju depresivnosti i internet adicije kod ispitanika sa PTSP-om, što može biti u korelaciji sa suicidalnim rizikom (18,19,20,21). Mnogobrojne studije potvrdile su povezanost agresivnosti sa povišenim suicidalnim rizikom (22,23,24), što se potvrdilo i u našem istraživanju.

## ZAKLJUČAK

Depresivni poremećaji su vrlo česti, najčešće se ne prepoznaju i ne dijagnostikuju. Svaka četvrta depresivna osoba, skoro svakodnevno, je imala suicidalne misli. Svaki pokušaj suicida psihijatar mora shvatiti ozbiljno, te prije odabira terapijskog postupka i pristupa depresivnom pacijentu potrebno je procijeniti suicidalni rizik. Oko 80% suicidalnih bolesnika pokazuje znakove prije samog čina, ali nema jedinstvenog prediktora koji bi upućivao na sam suicid ili presuicidalno ponašanje, nego se radi o spletu mnogobrojnih faktora.

Naše ispitivanje i utvrđivanje faktora rizika kod suicidalnog ponašanja na uzorku 420 kliničkih ispitanika nije našlo statistički značajne razlike u pogledu faktora rizika.

Tretman suicidalnosti je kompleksan postupak, različit i specifičan za svakog pojedinca. Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SIPPS) su lijekovi

prve linije u liječenju depresije, a time vjerovatno u opštoj populaciji, te kod starijih osoba, somatskih bolesnika i trudnica značajno reduciraju rizik od suicida.

*Pravovremenim prepoznavanjem i liječenjem osoba sa suicidalnim ponašanjem i depresijom preveniraju se tragične posljedice.* Važno je stvaranje tzv. ugovora prevencije suicida, procjena terapijskog saveza i bolesnikovog nivoa suicidalnog rizika.

I dalje ostaje otvoreno pitanje koliko smo u mogućnosti da preveniramo sve suicide. Paradoksalno, uz sve navedeno i poznato, mogućnosti sigurne predikcije i prevencije suicida još uvek su limitirane. Samoubilački čin je svojstven samo čovjeku, prisutan u svim kulturama i ostao nerazjašnjen do današnjeg dana.

## LITERATURA

- 1.Kessler RC., McGonagle KA., Zhao S., et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51:8-19. 1994g.
- 2.Sudak H., Suicide. U: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume 2, 9th edition. Lipincot Williams & Wilkins; 2009. p. 2717-32.
- 3.Sartorius N., Ustun, T.B., Costa e Silva, J.A., Goldberg D., Lecrubier Y., Ormel J., i sar., An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on " Psychological Problems in General Health Care". Arch. Gen. Psychiatry 50, 819-824. 1993g.
- 4.Williams Jr., J.W., Murlow, C.D., Kroenke K., i sar., Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. Am.J.Med.106, 36-43. 1999g.
- 5.Yeung, A., Howarth, S., Chan, R., Sonawalla, S., Nierenberg, A.A., Fava M., Use of the Chinese version of the Beck Depression Inventory for screening depression in primary care. J. Nerv. Ment. Dis. 190, 94-99. 2002g.
- 6.American Psychiatric Association Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994g.
- 7.Agency for Health Care Policy and Research. Clinical Practice Guideline Number 5: Depression in Primary Care, Treatment of Major Depression. Rockville, MD: Agency for Health care Policy and Research, US Dept of Health and Human Services; AHCPR publication 93-0551. 1993g.
- 8.Mann JJ., The neurobiology of suicide. Nat Med 1998;4(1):25-30.
- 9.Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – a possible prelude to violence. Science 2000;289(5479):591-4.
- 10.Mann JJ, Huang YY, Underwood MD, Kassir SA, Oppenheim S, Kelly TM, et al. A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. Arch Gen Psychiatry 2000;57(8):729-38
- 11.Samuelsson M, Jokinen J, Nordström AL, Nordström P. CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters. Acta Psychiatr Scand 2006;113(1):44-7.
- 12.Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. Mol Psychiatry 2006;11(4):336-51.
- 13.Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N. Genetics of suicide in depression. J Clin Psychiatry 1999; 60 Suppl 2:12-7.
- 14.Gonda X, Fountoulakis KN, Kaprinis G, Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. Ann Gen Psychiatry 2007;6:23.
- 15.Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, & Lerer B. Posttraumatic stress disorder and depression. Br J Psychiatry 1997;170: 479-482.
- 16.Blanchard B E, Buckley C T, Hickling J E, & Taylor E A. Post-traumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an Illusion? J Anxiety Disord 1998;12, 21-37.

17. Ferrada-Noli, M. Research on PTSD and suicide. In S. Jakobsson, Apitzsh, & C. Malmstrom (Eds.) *After Torture. CTD yearbook* (pp. 30-31). Stockholm:1993.
18. Stojakovic B. Milan, Telepsychiatry and Posttraumatic stress disorder, Med-e-Tel congress, April 16-18, 2008, Luxembourg,2008.
19. Stojakovic, M., Mental health and informatical technology, Tucepi, Croatia, 2005.
20. Stojakovic, B.M., Telepsychiatry and war-related posttraumatic stress disorder, The 2nd Congress of Psychiatrists of Bosnia and Herzegovina with international participation, Sarajevo, 2007.
21. Stojakovic, M., at all, Depression in war-related post traumatic stress disorder and the enduring personality change after catastrophic experience (F62.0) a 15-year follow-up, P03-271 European Psychiatry Volume 24, Supplement 1, 2009, Page S1270 17th EPA Congress - Lisbon, Portugal, January 2009, doi:10.1016/S0924-9338(09)71503-2
22. Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res* 1997 Jul-Aug 31(4):451-65.
23. McGirr A, Turecki G. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9(6):460-6.
24. Keilp JG, Gorlyn M, Oquendo MA, Brodsky B, Ellis SP, Stanley B, et al. Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychol Med* 2006;36(12):1779-88.

## SUICIDALITY OF DEPRESSION PATIENTS

Vukadinović Sanja<sup>1</sup>  
Stojaković B. Milan<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Psychiatric clinic Clinical Centre of Banja Luka

<sup>2</sup> Banja Luka, School of Medicine, (RS) , BiH

original article

### **Summary:**

**BACKGROUND:** Mental health is essential to improving quality of life for mental health increases the quality of life and mental well-being of the entire population, including people with mental health problems and their family members, friends and other people outside the formal services which provide care and therefore the impact on reducing rates of suicide, bearing in mind that the highest percentage of people commit suicide and mental disorders, about 90% of all suicides. **OBJECTIVE:** This study explores the problems of diagnosis and treatment of depressive disorders, suicidal depressive patients, the presence of depressed individuals and risk factors for suicidal behavior, and how to prevent suicidal depressive patients. **METHODS:** The clinical research of the Department for Emergency Psychiatry, Clinical Centre in Banja Luka, in the period from 1 January 2006. to 1 January 2007. year we examined a total of 420 hospitalized patients, 297 women and 123 men, aged 25-65 years, who met the PHQ-9. **RESULTS:** Of the 420 hospitalized patients 42 (10.0%) attempted suicide. Of these 17 (4.05%) who attempted suicide were hospitalized under the primary diagnosis Dg: attempt of Suicidio. Attempted suicide patients who were hospitalized in the primary Dg: Depressio 25 (5.95%) with depressive state. In the group of patients with attempted suicide with a primary diagnosis of Dg: Suicidio attempt of a total of 17 patients hospitalized in 6 depression recurred more than three times before the suicidal act. **CONCLUSION:** Our study of risk factors for suicidal behavior in a sample of 420 clinical subjects found no statistically significant differences in risk factors. It is still an open question how much we are able to prevent all suicide. Paradoxically, besides all the known features of safe prediction and prevention of suicide are still limited. Suicidal act is peculiar to man, present in all cultures and remains unresolved to this day.

**Key words:** suicidality, depression, pharmacotherapy, treatment

Adresa za korespondenciju:  
Vukadinović dr Sanja,  
Stepe Stepanovića 175,  
78000 Banjaluka, Bosna i Hercegovina.  
mob:+38765545041  
sanjavuk@teol.net