

Prevenција suicidalnosti u populaciji bolesnika starije životne dobi

Čupić, Nika

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:255693>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-08-05**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nika Čupić

**Prevenција suicidalnosti u populaciji bolesnika
starije životne dobi**

Diplomski rad



Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Zavodu za psihijatrijska istraživanja Klinike za psihijatriju Vrapče pod vodstvom prof. dr. sc. Nevena Henigsberga i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017./2018.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

AIDS - Sindrom stečene imunodeficijencije (eng.- Acquired Immunodeficiency Syndrome)

C – CASA - klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja (eng. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment)

DSM-V - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), V izdanje

EST – elektrostimulativna terapija

FDA – Američka agencija za hranu i lijekove (eng. Food and Drug Administration)

HIV – humani virus imunodeficijencije (eng. Human Immunodeficiency Virus)

IMPACT - Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment

MKB-10 - 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

PROCPECT – prevencija samoubojstva starijih osoba u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (eng. The Prevention of Suicide In Primary Care Elderly: Collaborative Trail)

SAD – Sjedinjene Američke Države

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

WHO - Svjetska zdravstvena organizacija (eng. World Health Organization)

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD.....	1
2. STARIJA ŽIVOTNA DOB	1
2.1. Definicija i karakteristike starije životne dobi	1
2.2. Najčešći zdravstveni problemi u starijoj životnoj dobi	2
3. SUICIDALNOST I SUICIDALNO PONAŠANJE	3
3.1. Terminologija i klasifikacija.....	3
3.2. Epidemiologija samoubojstava u populaciji bolesnika starije životne dobi	6
4. ČIMBENICI RIZIKA SUICIDALNOSTI	7
4.1. Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost u starijih bolesnika	8
4.1.1. Poremećaji raspoloženja i suicidalno ponašanje	8
4.1.2. Alkoholizam i suicidalnost.....	9
4.1.3. Demencija i suicidalnost.....	10
4.2. Fizičko zdravlje	10
4.3. Socijalni faktori.....	11
4.4. Ostali rizični čimbenici.....	12
5. PREVENCIJA SUICIDALNOSTI U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	12
5.1. Univerzalna prevencija.....	13
5.2. Selektivna prevencija	14
5.3. Indikativna prevencija	16
5.4. Primarna, sekundarna i tercijarna prevencija	18
5.5. Praktični savjeti za pristup suicidalnoj osobi.....	19
6. LIJEČENJE SUICIDALNOG PONAŠANJA.....	19
6.1. Antidepresivi i suicidalnost.....	20
6.2. Stabilizatori raspoloženja i suicidalnost.....	21
6.3. Elektrostimulativna terapija i suicidalnost	21
7. ZAKLJUČAK	22
ZAHVALE.....	23
LITERATURA.....	24
ŽIVOTOPIS	30

Sažetak

Prevenција suicidalnosti u bolesnika populacije starije životne dobi

Nika Čupić

Samoubojstvo je autoagresivan čin s fatalnim ishodom, pri čemu težnja za usmrćenjem može, ali i ne mora, biti očigledna okolini. Suicidalno ponašanje obuhvaća suicidalne radnje (autoagresivne radnje koje nisu fatalne), suicidalne pokušaje (radnje koje bi trebale biti fatalne, ali ne uspijevaju) i uspješno izvršeno samoubojstvo. Starija životna dob i problemi koji nastaju u tom posljednjem životnom razdoblju predstavljaju važne rizične čimbenike za samoubojstvo. Starenje je fiziološki proces u životu svakog ljudskog bića i pobjeći od starosti ne možemo. Najčešći problemi koji prate ljude starije životne dobi su razne fizičke i psihičke bolesti, samoća, socijalna izoliranost i ugroženost, gubljenje životnog smisla, propadanje važnih životnih funkcija i tome slične prepreke. Svi nabrojani problemi su ujedno i rizični čimbenici za samoubojstvo u kojem mnogi ljudi pronađu rješenje za nepodnošljive životne situacije. Isto tako, spomenute teškoće predstavljaju mete djelovanja u prevenciji samoubojstava populacije starije životne dobi. Za smanjivanje broja suicida iznimno je važna suradnja obitelji osobe pod rizikom i profesionalnih institucija, podizanje svijesti o problemu samoubojstva te destigmatizacija starijih i bolesnih ljudi. Ovaj rad želi skrenuti pozornost na populaciju koja je često zanemarivana u kontekstu suicida, upoznati čitatelja s terminologijom i pojavnosti suicida u starijoj životnoj dobi, predstaviti najvažnije čimbenike rizika i odgovoriti na pitanje kako pomoći. Posebni naglasak stavlja se na načine kvalitetne i strukturne prevencije koji, po rezultatima istraživanja, daju novu nadu u borbi protiv suicida.

KLJUČNE RIJEČI: samoubojstvo, suicidalno ponašanje, starija životna dob, prevencija

Summary

Prevention of suicidal behaviour in older age patients

Nika Čupić

Suicide is a self-aggressive act with a fatal outcome, where the aspiration to die can, but does not have to be, obvious to the observers. Suicidal behavior includes suicidal actions (self-aggressive acts that are not fatal), suicidal attempts (actions that should be fatal, but fail), and successful suicide. Elderly life expectancy and problems arising in the latter lifetime are important risk factors for suicide. Aging is a physiological process in the life of every human being and we can't elude old age. The most common problems that accompany older people are various physical and mental illnesses, loneliness, social isolation and endangerment, losing self-purpose, decaying of important everyday functions, and similar obstacles. All listed problems are also the risk factors for suicide in which many people find a solution to an unbearable life situation. Likewise, the mentioned difficulties are the targets of action in the prevention of suicides of the elderly population. To reduce the number of suicides, it is extremely important to co-operate with a family of persons at risk and professional institutions, raise awareness of the issue of suicide and destigmatize older patients. This paper draws attention to the population that is often neglected in the context of suicide, and wants to familiarize readers with terminology and the occurrence of suicide in older age, to present the most important risk factors and to answer the question of what can be done. Particular emphasis is placed on the quality and structural prevention that gives new hope in combating suicide.

KEY WORDS: suicide, suicidal behaviour, elderly, prevention

1. UVOD

Još od osnovne škole redovito slušamo kako populacija Hrvatske polako stari, kako su mirovine sve manje, kako stari ljudi žive u poražavajućim životnim uvjetima, kako su uvijek teško bolesni i slično. Moja osobna percepcija starije životne dobi također je bila negativna. Tko bi ikad želio ostariti kada je tada sve nekako loše? Studirajući medicinu, ideja o starosti nije mi se značajno promijenila. Uglavnom se o starim ljudima govorilo kao o predmetu kojeg seliš sa jednog odjela na drugi sve dok ne umre i time, zapravo, svima olakša. A onda me na četvrtoj godini dočeka kolegij psihijatrije. Nastava se održavala u Psihijatrijskoj bolnici „Vrapče” i po prvi put sam doživjela da s tim istim starim ljudima netko ozbiljno razgovara, pažljivo ih sluša, uvažava njihovo mišljenje i tim malim gestama uljepšava svaki njihov dan. Tema suicidalnosti bolesnika u populaciji starije životne dobi kao jedan od prijedloga za temu diplomskih rada iz područja psihijatrije izgledala mi je kao odlična prilika za uhvatiti se u koštac sa predrasudama koje sam odrastanjem prihvatila. Zašto si stariji ljudi oduzimaju život češće nego druge dobne skupine? Kako to spriječiti? Kako to prepoznati? Kao buduća liječnica vjerujem da je nemoguće izbjeći pacijenta starije životne dobi u svom radnom vijeku. Znati prepoznati da je netko pod velikim rizikom da počinu samoubojstvo i znati na to pravodobno reagirati, vještine su koje spašavaju ljudske živote.

2. Starija životna dob

2.1. Definicija i karakteristike starije životne dobi

Starenje i starost dva su pojma koja treba razlikovati. Starenje započinje samim rođenjem, traje do smrti i to je fiziološki ireverzibilni proces koji se u svom obliku razlikuje od čovjeka do čovjeka. Dvije su faze starenja, evolucijska i involucijska, ali još uvijek se ne može točno odrediti kada jedna završava, a druga počinje (1) .

S druge strane starost je posljednje životno razdoblje i može se definirati na tri različita načina. Prema socijalnim ulogama ili statusu starost nastupa odlaskom u mirovinu. Prema funkcionalnom statusu starost dolazi nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti. Kronološka dob ipak je najprihvaćeniji kriterij starosti i odnosi se na period nakon navršenih 65 godina života. Starost se može podijeliti na ranu (65-74 godine),

srednju (75-84 godine) i duboku (85 i više) (2). Starenjem organizma dolazi do nakupljanja molekularnih i staničnih oštećenja nastala za života, raznih promjena organa i gubitka zadovoljavajućih funkcija organskih sustava što u konačnici dovodi do smanjenja fizičke i psihičke sposobnosti, povećanja rizika od raznih oboljenja i na kraju do smrti. Osim bioloških čimbenika, starija životna dob sa sobom donosi razne socijalno kulturološke promjene kao što su umirovljenje, smrt vršnjaka, partnera, nedostatak samobriga, koje također mogu negativno utjecati na pojedinca. Iz svega navedenog postaje jasno zašto stariji ljudi čine posebnu vulnerabilnu skupinu u društvu, koja zahtijeva posebnu pažnju i brigu (1,3).

S druge strane, udio ljudi starije životne dobi bitno se povećava, a to utječe na ekonomsku, zdravstvenu i gospodarstvenu strukturu svake države. U Republici Hrvatskoj prema podacima iz Državnog zavoda za statistiku za 2016. godinu korisnika starosnih mirovina bilo je 783 000, što je 18% ukupnog stanovništva. Stanovnika starijih od 65 godina bilo je gotovo 800 000, što čini 19% stanovnika (4). Očekivana dob za djecu rođenu 2014. godine u Republici Hrvatskoj iznosi 80,5 za žene i 74,6 za muškarce (5). Prema proračunima WHO-a do 2050. godine današnji postotak od 12% ljudi starijih od 60 godina u svijetu trebao bi se udvostručiti na 24%, a već do 2020. ista populacija trebala bi brojčano nadmašiti populaciju djece do 5 godina starosti (3).

2.2. Najčešći zdravstveni problemi u starijoj životnoj dobi

Starost sa sobom nosi niz zdravstvenih problema. Od obične prezbiopije do zadnjeg stadija demencije, cijela paleta različitih stanja pogađa ovu dobnu skupinu. Često jedna osoba boluje od poremećaja dvaju i više organskih sustava. Najčešće su to bolesti cirkulacijskog sustava, razne novotvorine, bolovi podrijetlom iz koštano-mišićnog sustava s redukcijom pokretljivosti te razne psihičke bolesti. Navedena stanja najčešće prati neka farmakoterapija, a veliki broj starijih ljudi pije više od jedne tablete dnevno. Po rezultatima kanadskog istraživanja 63% Kanađana starije životne dobi uzimalo je više od 5 različitih tableta dnevno, a 30% starijih od 80 godina uzimalo je više od 10 različitih tableta dnevno (6). Gerontolozi ističu 4 glavna gerontološko-javnozdravstvena problema nazivajući ih „4N u gerijatriji“, a to su redom nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i nekontrolirano mokrenje (1).

Prisutnost depresije kao glavnog psihičkog poremećaja u starijih ljudi, a ujedno i glavnog uzroka samoubojstava iste populacije, nakon svih navedenih podataka i ne iznenađuje previše. Dalje u radu želim se posvetiti uzroku samoubojstava, ali ponajviše njihovom mogućom prevencijom.

3. Suicidalnost i suicidalno ponašanje

3.1. Terminologija i klasifikacija

Samoubojstvo ili suicid dolazi od latinskih riječi *sui* što znači sebe i *caedere* što znači ubiti i odnosi se na dobrovoljno samouništenje. Sam suicid kao čin često proizlazi iz nemogućnosti rješavanja vlastitih slabosti (7). Nagon za samoodržanjem smatra se najvažnijim i najizraženijim čovjekovim nagonom, pa prema psihijatrijskim stavovima, poremećaj toga, vitalnog nagona dovodi osobu do čina samoubojstva. Gledajući na samoubojstvo iz sociološkog aspekta proizlazi da gubitak čovjekova ideala ili statusa, kao osnovnog socijalnog nagona, dovodi do suicida (7).

Prema Durkheimovoj psihosociološkoj teoriji samoubojstva se mogu podijeliti u četiri kategorije: egoistična samoubojstva obuhvaćaju fizički i psihički oboljele osobe koje su ostale bez odgovarajuće integracije u društvu; altruistična samoubojstva predstavljaju čin davanja vlastitog života kao doprinos određenoj skupini kojoj taj pojedinac pripada; anomična samoubojstva događaju se u vremenima društvenih i ekonomskih promjena uz koje dolazi nagla promjena u položaju pojedinca u odnosu na zajednicu; fatalistična samoubojstva vezana su uz nemogućnost upravljanja vlastitim životom (7).

Samoubojstvo kao takvo nije izoliran događaj već postoje razni oblici suicidalnog ponašanja koji autori različito klasificiraju. Jedna od najprihvaćenijih je klasifikacija O'Carrola i sur. iz 1996.:

- samoubojstvo – dokazana smrt nanescna vlastitim djelovanjem
- pokušaj samoubojstva – dokazano djelovanje osobe koje bi posredno ili neposredno dovelo do vlastite smrti, ali fatalni ishod je ipak izostao

- prekinuti pokušaj samoubojstva – samoozljeđujuće ponašanje kojim je osoba željela prouzročiti vlastitu smrt i takvo ponašanje je dokazano, ali je radnja prekinuta prije ostvarivanja tjelesnog oštećenja
- promišljanja o samoubojstvu – promišljanja o suicidu, ideje se mogu kretati od nestrukturiranih misli do ozbiljnih, razrađenih planova
- suicidalna namjera – očekivanje i nada da autodestruktivno djelovanje dovede do vlastite smrti
- smrtnost samoubojičnog ponašanja – s obzirom na metodu izbora, postoji objektivna opasnost za vlastiti život, iako se ona može razlikovati od subjektivnog očekivanja
- namjerno samoozljeđivanje – iako nema stvarne nakane za oduzimanjem vlastitog života, prisutno je svjesno samoozljeđujuće ponašanje (7,8)

Silverman i sur. su 2007. u svoju klasifikaciju još dodali pojam prijetnje samoubojstvom. Prijetnja samoubojstvom obuhvaća interpersonalne interakcije, verbalne i neverbalne, koje bi razumna osoba mogla prepoznati kao pojavljivanje suicidalnog ponašanja. Ostali pojmovi spomenute klasifikacije slični su O'Carrolovoj podjeli, ali i blago uži u svom obujmu: samoubojstvo, pokušaj samoubojstva, samoozljeđivanje i plan samoubojstva (9).

Vrijedi spomenuti i nekoliko dosad nespomenutih pojmova iz Jakovljevićeve podjele iz 1986.:

- neizravno samodestruktivno ponašanje i sklonost nesrećama – način života kojim osoba ugrožava vlastiti život, iako na svjesnoj razini negira samoubojičko ponašanje
- parasuicidalna pauza (Feuerlein, 1971.) – osoba negira želju za samoubojstvom, već čin opisuje kao privremenu smrt uz pomoć toksične, ali ne i letalne doze uspavljujućeg ili sličnog sredstva, zbog potrebe da prekine tijekom nepodnošljive stvarnosti
- parasuicidalni gest (Feuerlein, 1971.) – samougrožavajući čin apelativnog ili demonstrativnog obilježja (7,10)

Značenja suicidalnog ponašanja su različita za svaku osobu. Kod nekih ljudi suicidalno ponašanje moglo bi biti apel za pomoć, samokažnjavanje zbog osjećaja krivnje,

pokušaj bijega iz nepodnošljive stvarnosti ili izražavanje vlastitog stava o besmislu života. U drugim situacijama, takvo ponašanje može imati baš suprotno značenje kao iskušavanje sudbine, ucjenjivanje okoline ili izazivanje osjećaja krivnje kod drugih ljudi. Kod nekih je to impulzivno rasterećenje od napetosti ili čak izraz altruizma (10)

Iz svega navedenog može se zaključiti koliko suicid i suicidalno ponašanje jesu kompleksno područje i kako nije uvijek lako diferencirati suicidalno od nesuicidalnog. Moguće je da samoozljeđivanje zbog izrazitog osjećaja krivnje dovede nehотиčno do smrtnog ishoda, iako takva želja u osobe nije postojala. S druge strane, samoozljeđivanje može biti ispitivanje najboljeg načina za vlastitu smrt ili pak poziv u pomoć. Isto tako, „život na rubu“ kod nekoga može biti posljedica uživanja u naletima adrenalina, dok kod nekog drugog to može biti oblik nesvjesnog suicidalnog ponašanja.

Problem nespecifičnosti podjele na suicidalno i nesuicidalno doveo je do dosada najkvalitetnijeg klasifikacijskog algoritma suicidalnog ponašanja tzv. C-CASA (engl. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment) koji je razvio Psihijatrijski institut američkog sveučilišta Columbia u suradnji FDA-om (11).

C-CASA :

- Suicidalni događaji
 - Počinjeni suicid
 - Pokušaj suicida
 - Pripreme za suicid ili zaustavljeni suicid
 - Suicidalne ideje
- Nesuicidalni događaji
 - Samoozljeđivanje bez suicidalne namjere
 - Ostala ponašanja, npr. slučajno samoozljeđivanje
- Nedeterminirani ili potencijalni suicidalni događaji
 - Samoozljeđavajuće ponašanje, suicidalna namjera nepoznata
 - Suspektno samoozljeđujuće ponašanje (11).

Čitajući literaturu naišla sam na poglavlje o zabudama i mitovima o suicidalnosti u općoj populaciji u knjizi Suicidologija, D. Marčinka 2011. Kao kraj ovom poglavlju koje je

puno pojmova i klasifikacija za upoznavanje kompleksne terminologije suicida željela bih istaknuti spomenute zablude. Smatram da su promjene takvih stavova od iznimne važnosti i da čitatelj ovog rada s njima treba biti upoznat kako bi se protiv istih mogao i aktivno boriti. Popis zabluda citiram u potpunosti:

- ljudi koji govore o samoubojstvu ne bi ga počinili
- samoubojstvo se najčešće događa bez upozorenja
- ljudi skloni suicidu potpuno su odlučni u svojoj namjeri da umru
- kad počne misliti o samoubojstvu, osoba stalno misli o tome
- poboljšanje stanja, nakon suicidalne krize, znak je da je rizik suicida otklonjen
- samoubojstvo se daleko češće pojavljuje u bogatih
- samoubojstvo se pojavljuje gotovo isključivo među siromašnima
- sve osobe koje razmišljaju o samoubojstvu mentalno su poremećene (7)

3.2. Epidemiologija samoubojstava u populaciji bolesnika starije životne dobi

Prema posljednjim podacima WHO-a oko 800 000 osoba godišnje počini samoubojstvo, iz čega proizlazi da svakih 40 sekundi jedna osoba oduzme vlastiti život. Prema posljednjim rezultatima, na jedan izvršen suicid dolazi približno 20 neuspjelih pokušaja. U 2015. godini samoubojstva su bila odgovorna za 1,4% smrti u svijetu, i zauzela su 17. mjesto na ljestvici uzroka smrtnosti (12). Globalna stopa samoubojstava iznosi 10.2/100 000 stanovnika, dok najveću stopu nalazimo u Europi (15.4/100 000 st.), zatim u jugoistočnoj Aziji (13.2/100 000 st.) te su na trećem mjestu Južna i Sjeverna Amerika zajedničkom stopom od 9.8/100 000 st. Ipak, od 2000. do 2016. može se pratiti pad suicida u svim regijama WHO-a osim u regiji Južne i Sjeverne Amerike gdje je stopa u porastu (13). U SAD-u samoubojstva nadmašuju ubojstva, i to u omjeru 3:2 (14). Socioekonomske analize pokazale su da rastava braka povećava suicid kod muškaraca, dok ga bolje ekonomske prilike smanjuju. Kod žena se pokazao isti učinak rastave, ali bolje ekonomske prilike imale su negativan učinak i povećavale su stopu suicida. Nezaposlenost je također povećavala stopu samoubojstava kod žena dok kod muškaraca nije imala značajan učinak (15).

U Europi prema podacima iz 2015. najviše suicida počine Litvanci (30/100 000 st.), zatim Slovenci (21/100 000st.), Letonci (19/100 000st.), Mađari (18/100 000st.) i na

petom mjestu se nalaze Hrvati sa stopom od 17/100 000 stanovnika. 2013. godine nalazili smo se na devetom mjestu u Europi (16). Muškarci češće počine suicid, i to u omjeru 3:1, dok ga žene češće neuspješno pokušaju (17). U europskim zemljama se nalazi slična podjela po spolu što se vidi iz podataka za 2015. godinu gdje na 17 samoubojstava u muškaraca dolazi 5 kod žena (16).

Godišnje u SAD-u dogodi se oko 32 000 samoubojstava, od kojih je 14% u osoba starijih od 65 godina (18). Osobe starije od 75 godina spadaju u najrizičniju dobnu skupinu za počinjenje suicida u oba spola, a stope mogu biti čak 50/100 000 kod muškaraca i 15.8/100 000 kod žena (7). Ako se gleda samo populacija starija od 85 godina, onda se Hrvatska nalazi na drugom mjestu u Europi, odmah nakon Srbije, dok smo 2013. bili na šestom mjestu (16).

U Hrvatskoj od 1986. postoji registar izvršenih samoubojstava. Iz registra se mogu dobiti podaci o raspodjeli suicida prema dobi, spolu, načinu izvršenja, županiji boravka, te specifične analize prema županiji rođenja, danu i mjesecu izvršenja suicida te prema eventualnim psihijatrijskim ili somatskim dijagnozama. Pomoću registra moglo se pratiti kako je najveći broj samoubojstava zabilježen 1992. (1 156, stopa 24,2/100 000), a najmanji 2010. (777, stopa 17,5/100 000). Osim toga, samoubojstva su godinama bila vodeći uzrok nasilnih smrti s udjelom oko 30% (19). Ipak, izvršenja suicida stalno su u laganom opadanju od 1998., pa tako 2016. godine zabilježeno je 2 834 smrtnih slučaja nastalih nasilnim putem, a od toga je 683 bilo samoubojstava što iznosi 24,1%, dok je 51 smrt nastala ubojstvom (1,8%). Najviše nasilnih smrti uzrokovano je nesretnim slučajem, točnije njih 2 087 (73,6%). Gledajući ukupnu smrtnost, na samoubojstva 2016. godine otpalo je 1,3 % (20). Vješanje je najčešći način izvršenja suicida u oba spola, a u poratnim godinama porastao je i broj izvršenja vatrenim oružjem, pogotovo u muškom spolu. Trend suicida vatrenim oružjem u posljednjim je godinama u padu (19).

4. Čimbenici rizika suicidalnosti

Općenito u čimbenike rizika suicidalnosti spadaju muški spol, starija životna dob, samotni život, etno-kulturalni čimbenici, nezaposlenost, nasljedni čimbenici, neprepoznata i neliječena krizna stanja te postojanje psihičke ili fizičke bolesti. Istražuju se biološki

čimbenici rizika kao što su snižene vrijednosti kolesterola i serotonina, a posljednjih godina veća važnost se pridaje i nepovoljnim uvjetima života za koje se smatra da su jači stresori suicidalnog ponašanja (4). Kod starije populacije veću vjerojatnost za počinjene suicida imaju tjelesno onesposobljen, nezaposleni, te osobe koje žive same (21). Lošija ekonomska situacija češći je rizični čimbenik u periodu ranije starosti nego kod srednje i duboke starosti. Za populaciju iznad 75 godina loši odnosi u obitelji, teška fizička bolest, samoća i depresivne epizode pokazuju sve veći rizični značaj (22). Također za populaciju iznad 65 godina kao glavni rizični čimbenici ističu se duševno oboljenje, tjelesno zdravlje i socijalni aspekti života te ću te kategorije i detaljnije opisati (23).

4.1. Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost u starijih bolesnika

Psihijatrijski poremećaji smatraju se najvećim rizičnim čimbenikom samoubojstava za stariju životnu dob. Čak od 70-90% suicida u podlozi ima neko duševno oboljenje. Prednjači dakako depresivni poremećaj, kao i u ostalim dobnim skupinama (24). Osim depresije, kao češći uzroci javljaju se ovisnosti te organski mentalni poremećaji (25). Komorbiditet je iznimno važno prepoznati kod starijih bolesnika jer su mogući aditivni odnosi između dva ili više poremećaja (7).

4.1.1. Poremećaji raspoloženja i suicidalno ponašanje

Depresivni poremećaj spada u poremećaje raspoloženja po MKB-10 klasifikaciji, a u kontekstu samoubojstava zauzima najvažnije mjesto. Depresiju obilježava sniženo raspoloženje i manjak interesa za svakodnevne aktivnosti. Pojam gubitak, koji dovodi do nastanka depresije, obuhvaća simbolični ili stvarni gubitak voljene ili bliske osobe, neispunjenje realnih ili nerealnih očekivanja, materijalni gubitak, duboko razočaranje i sl. (17). Suicidalnost, odnosno suicidalne ideje, namjere ili pokušaji suicida, mogu biti simptomi depresije, ali nisu nužni za postavljanje dijagnoze (7). Depresivno raspoloženje, gubitak uživanja u uobičajenim aktivnostima i smanjena životna energija tipični su simptomi depresivnog poremećaja, uz njih često prisutni su i poremećaji spavanja, teka, koncentracije i pažnje, smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje, zatim osjećaji krivnje i besmislenosti, te pesimističan pogledan na budućnost uz razmišljanja o suicidu (17).

Starija dobna skupina je pod posebnim rizikom zato što se kod njih depresivni simptomi često zanemaruju ili pripisuju ranim stadijima demencije (7). Psihološke autopsije

starijih osoba koje su počinile samoubojstvo pokazuju da je do 97% žrtava bolovalo od nekog poremećaja raspoloženja po DSM-5 klasifikaciji, dok je 38% onih koji su patili od velikog depresivnog poremećaja imalo još i neki komorbiditet iz iste skupine poremećaja (26). Uspoređujući počinitelje samoubojstava starije od 50 godina s kontrolnom grupom može se primijetiti poremećaj raspoloženja u 85% žrtava suicida u odnosu na 21% u kontroli, te statistički značajno veća vjerojatnost suicida kod prisutnosti dva ili više poremećaja raspoloženja (21). Iako s težinom bolesti raste i vjerojatnost suicida, suicidalno razmišljanje može biti prisutno u svim oblicima poremećaja raspoloženja. Važno je primijetiti da rizik za samoubojstvo ipak nije najveći za vrijeme najdublje faze depresije, jer je tada bolesnik gotovo bez ikakve energije za djelovanje, što umanjuje čak i njegovo suicidalno ponašanje. Najveći rizik postoji pri izlasku iz spomenutog stanja, kad dođe do povratka inicijative, a razmišljanja i beznadnost ostanu prisutni. Isti takav rizik predstavlja i vrijeme prije apsolutne anergije (7).

4.1.2. Alkoholizam i suicidalnost

Alkoholizam spada među najčešće psihijatrijskih poremećaje, a smatra se i rizičnim čimbenikom za samoubojstvo. Oko 15% alkoholičara počini suicid (7,27). Alkohol se u većini zapadnih zemalja, pa tako i u Hrvatskoj, smatra prehrambenim proizvodom koji je dio kulture i baštine. Mladi se sa pijenjem alkohola upoznaju već u srednjoj školi, a 30% ih tijekom života razvije probleme vezane uz alkohol (7). U starijoj životnoj dobi, alkoholizam ostaje kao čest, ali zanemarivan problem. Budući da je svjetska populacija sve starija, sve je veći apsolutni broj osoba starije životne dobi sa problematičnim pijenjem alkohola. Istraživanja pokazuju da se propusti dijagnosticirati polovicu osoba starijih od 65 godina sa problemima vezanim uz alkohol. Problem u dijagnosticiranju takvih pacijenata je i neusklađenost kriterija, pa veći broj ljudi bude svrstan u kategorije povećane konzumacije alkohola ili abuzus alkohola, nego u dijagnozu ovisnosti o alkoholu što nekad nije realan prikaz i može smanjiti učinkovitost liječenja. U starijoj populaciji veći rizik za alkoholizam imaju muškarci, zatim socijalno izolirane osobe, samci ili rastavljeni (28-30). Alkoholizam predstavlja povećani rizik za samoubojstvo kod osoba starije životne dobi. Pacijenti koji su ovisni o alkoholu ili ga prekomjerno piju pod većim su rizikom za pokušaj samoubojstva, njegovo izvršenje ili suicidalno razmišljanje (7). Kod osoba starijih od 70 godina istraživanje je pokazalo da 26% alkoholičara pokuša samoubojstvo (31). Depresivni poremećaj kao komorbiditet alkoholizmu značajno povećava rizik za samoubojstvo (31).

4.1.3. Demencija i suicidalnost

Demencija spada u skupinu organskih mentalnih poremećaja. Rizik raste s dobi, pa se u ranoj starosti nalazi 0,6-1,9 % bolesnika, a u osoba starijih od 85 godina prevalencija raste do 10-33% (32). Povezanost demencije i većeg rizika za suicid još uvijek nije jasna. Dok u nekim istraživanjima povezanost postoji (33,34), druga istraživanja pokazuju baš suprotno, neznatčan ili smanjeni rizik za samoubojstvo (21,35,36). Ipak, većina istraživanja potvrđuje da u sklopu demencije najrizičniju skupinu predstavljaju bolesnici u prvoj fazi bolesti, kada još uvijek postoji uvid o daljnjem negativnom tijeku bolesti. Uznapredovala demencija, kada kognitivne funkcije značajno propadnu, svojevrsni je zaštitni faktor od suicidalnog ponašanja. Osobe u toj fazi više nisu sposobne za planiranje i uspješno izvršenje samoubojstva (33,35,36).

4.2. Fizičko zdravlje

Nakon psihijatrijskih poremećaja kao značajnih rizičnih čimbenika za suicidalno ponašanje, fizičke (somatske) bolesti i smanjenje funkcionalnosti u svakodnevnim aktivnostima dovode starije osobe u rizičnu skupinu za počinjenje samoubojstva (23). Istraživanja pokazuju da osobe starije životne dobi, oboljele od malignih bolesti imaju dva puta veći rizik za samoubojstvo u odnosu na starije ljude bez malignih oboljenja. Druga oboljenja kao što su HIV/AIDS, epilepsija, multipla skleroza, bubrežne bolesti, peptični ulkus, bolesti srca i pluća te ozljede kralježnične moždine također se mogu povezati sa povećanim rizikom od suicida. Relativni rizici povezani s navedenim stanjima su 1.5 do 4 puta veći (29-31). Iako relativni rizik za svako oboljenje posebno može biti malen, sa porastom broja akutnih ili kroničnih stanja u iste osobe dolazi do kumulacija rizika svih prisutnih oboljenja. Pa tako osoba starije životne dobi, koja boluje od triju različitih fizičkih bolestima ima tri puta veći rizik za suicid od zdrave osobe istih godina. Ali osobe iste dobi sa sedam ili više različitih oboljenja već imaju devet puta veći rizik za samoubojstvo (23,37).

Primijećeno je da osim broja fizičkih oboljenja, individualna percepcija bolesti te njezinog utjecaja na funkcioniranje, bol i osobni integritet mogu igrati presudnu ulogu u veličini rizika. Fizičke bolesti prisutne su u 80% žrtava suicida starije životne dobi, a kao glavni simptomi i smetnje navedeni su bol, smetnje disanja i fizička ograničenja u svakodnevnim aktivnostima. Prema nekim autorima, fizička ograničenja na dnevnoj bazi

mogu sa sobom nositi veći rizik nego same somatske bolesti (21,23,40). Bol je također važan faktor u ovoj skupini rizičnih čimbenika. Neka istraživanja govore da je povezanost snažne i kronične boli i samoubojstva veća kod muškaraca nego kod žena iste dobne skupine(37,41).

4.3. Socijalni faktori

Socijalna komponenta važan je faktor u životu svakog čovjeka. Društvena smo bića i od toga ne možemo pobjeći. S globalizacijom društva, suprotno očekivanjima, dolazi do sve većeg udaljavanja među pojedincima. Koncept obitelji se također promijenio pa tako danas sve manje vidamo kućanstva s tri ili više generacija. Sve to starije ljude dovodi do samačkog staračkog života. Ako nisu uhvatili korak s tehnologijom, ostaje im malo opcija za održavanje kontakta s najbližima. Važnost socijalne povezanosti ima jednak, ako ne i veći, utjecaj na opću smrtnost kao već poznati rizični čimbenici pušenje, pretilost i fizička neaktivnost (42).

Psihološke obdukcije pokazale su da žrtve suicida značajno češće žive same za razliku od njihovih vršnjaka, zatim da češće nemaju blisku osobu od povjerenja i nemaju aktivnosti u vidu hobija (23,43). Istraživanje je pokazalo da osobe starije životne dobi s većim brojem prijatelja i(li) rodbine imaju manji rizik za samoubojstvo (44). Interpersonalna teorija samoubojstva govori da je najopasniji oblik suicidalne želje uzrokovan istovremenom prisutnošću dvaju interpersonalnih zbivanja, uništenom pripadnošću i percipiranjem sebe kao tereta drugima, uz bespomoćnost glede tih dvaju stanja. Osjećaj nepripadanja češće se javlja u starijoj životnoj dobi kao rezultat samačkog života, gubitka partnera ili slabe socijalne podrške. Percepcija sebe kao tereta društvu i bližnjima manje je istražen pojam, ali je kliničari koji rade sa starijim osoba često spominju. Teorija također podupire rezultate da obiteljske nesuglasice i funkcionalna oštećenja starijih ljudi povećavaju rizik za samoubojstvo i izazivaju osjećaj tereta.

Smatra se da odnosi starijih ljudi s njihovim vršnjacima ili rodbinom mogu imati zaštitnu ulogu u suicidalnom ponašanju. Ipak važno je naglasiti da su protektivni samo odnosi koji podupiru osjećaj pripadnosti u pojedinca, ne i oni koji naglašavaju osjećaj tereta (23,45).

4.4. Ostali rizični čimbenici

Osim nabrojene tri osnovne grupe čimbenika rizika za samoubojstvo kod osoba starije životne dobi važnu ulogu igraju i kulturološka pozadina pojedinca, njegove osobine ličnosti i neurofiziološka podloga. Suicidalne osobe starije od 65 godina opisivane su kao bojažljive i krute, neprijateljskog stava i neovisnog stila. Psihološke obdukcije pokazale su da se anksiozne i opsesivne osobine ličnosti značajno češće nalaze kod suicidanata (23,46,47).

Istraživanja navode mogućnost da genetski posredovane abnormalnosti u procesima centralnog živčanog sustava uvjetuju impulzivno i agresivno ponašanje pojedinca u stanjima disforije i beznađa, te da osnažuju suicidalne ideje u fazama depresije. Osim toga, sugeriraju da dobno ovisne promjene u središnjem živčanom sustavu imaju utjecaj na povećani rizik od suicida. Ipak, takvih istraživanja je malo zato što brojna farmakoterapija i komorbiditeti starijih osoba kompliciraju interpretaciju dobivenih rezultata (23). Oštećenja u frontalnom korteksu pokazuju smanjenu mogućnost pozitivnog nošenja sa stresom što osobe s frontalnim oštećenjima dovodi u veći rizik za suicidalno ponašanje (18).

5. Prevencija suicidalnosti u osoba starije životne dobi

Poznavanje čimbenika rizika je neophodno, ali ne i dovoljno za planiranje i provođenje kvalitetne prevencije suicidalnosti u starijoj životnoj dobi. Rizični čimbenici su nedovoljni za predviđanje ishoda u pojedinca, bili oni zastupljeni zasebno ili u kombinacijama. Veliki broj lažno pozitivnih osoba koje ispunjavaju tako široko postavljene kriterije doveo bi do nepotrebnih, nametljivih i skupih intervencija za one koji ih zapravo ne trebaju, dok bi mnogi lažno negativni pojedinci ostali nedetektirani i nezaštićeni. Ograničenja rizičnih i zaštitnih faktora su u tome što su dinamične prirode, u kratkom periodu vremena mogu se drastično mijenjati. Zato se suicidalno ponašanje i posljedično samoubojstvo trebaju gledati kao proces koji se razvija tijekom duljih razdoblja (23).

Osmišljavanje kvalitetne i sveobuhvatne prevencije samoubojstava u populaciji starije životne dobi težak je zadatak zbog širokog spektra rizičnih čimbenika. Budući da prevencija leži na pravodobnom i kvalitetnom dijagnosticiranju psihičkih poremećaja,

pacijenti nailaze na mnoge prepreke prije zadovoljavajuće medicinske pomoći. U SAD-u zdravstvene usluge vezane uz mentalno zdravlje koštaju puno više nego liječenje fizičkih oboljenja. Starije osobe češće posjećuju liječnike obiteljske medicine nego psihijatre ili psihologe (18). Veliki broj žrtava samoubojstava posjeti liječnika opće prakse u kratkom periodu prije suicida, po nekim autorima je to 50% u tjednu prije samoubojstava (37), dok drugi ističu 77% unutar zadnjeg mjeseca života (48). Prezentacija suicidalnog ponašanja može biti zamaskirana komorbiditetima ili opsežnom farmakoterapijom. Osobe starije životne dobi nerado pričaju o emocionalnim problemima i rjeđe prijavljuju sniženo raspoloženje i suicidalne ideje (49).

Iako liječnici vide mnogo starijih bolesnika svakodnevno, nedostaje im specijalizirane edukacije iz gerijatrije te su njihove odluke o liječenju takvih pacijenata često nedostatne (50). Posljedično, manje od polovice starijih osoba s ozbiljnim poremećajima raspoloženja bude dijagnosticirano u obiteljskoj medicini kao lakša depresija, a još manji broj dobije zadovoljavajuću terapiju (51). U mnogim situacijama se doktori obiteljske medicine boje dati psihijatrijsku dijagnozu ili uputiti pacijenta dalje psihijatru zbog moguće stigmatizacije. Također su ustaljeni stavovi da sa starijom životnom dobi pojava takvih negativnih osjećaja i razmišljanja dolazi prirodno uz česte gubitke, fizička oboljenja i opadanje funkcionalnosti pojedinca.

Pokušaji suicida u starijoj populaciji su fatalniji u odnosu na opću populaciju. Pa tako u općoj populaciji na jedno izvršeno samoubojstvo dogode se 8-40 pokušaja suicida, dok u starijoj populaciji na 2-4 pokušaja dođe do jednog uspješnog suicida (18). Prevencija usmjerena samo na pojedince koji su izloženi velikom riziku ne daje zadovoljavajuće rezultate pa se preventivni programi okreću cjelokupnoj starijoj populaciji (23).

Za lakše razumijevanje prevencija koje nam stoje na raspolaganju i za pregledniji prikaz istih, bolje ih je podijeli u tri razine: univerzalna, selektivna i indikativna (23).

5.1. Univerzalna prevencija

Univerzalna prevencija djeluje na cjelokupnu populaciju bez obzira na rizične čimbenike pojedinca ili grupe. Mjesta za univerzalnu prevenciju bila bi ona koja omogućuju široku diseminaciju poruka javnog zdravstva kako bi se utjecalo na promjenu razine izloženosti u cijeloj populaciji. Konačni cilj su široko usmjerene inicijative za sprječavanje

morbiditeta i mortaliteta povezanih sa samoubojstvom kroz smanjenje rizika i povećanje zaštitnih čimbenika. Navedeni ciljevi mogu se postići edukacijom javnosti, medija i pružatelja zdravstvenih ustanova o prirodnom tijeku starenja, kontroli boli i opadanja funkcionalnosti, smanjenjem stigme vezane uz psihijatrijska oboljenja i stariju životnu dob, edukacijom o prepoznavanju simptoma depresije i suicidalnog ponašanja te restrikcijom dostupnosti oružja.

Iako još uvijek nema randomiziranih studija o uspješnosti univerzalne prevencije, ekološke studije i tzv. prirodni eksperimenti nude pozitivne zaključke o korisnosti takve prevencije. Jedan od primjera je i studija koja je pokazala da se nakon uvođenja zakona o manjem pakiranju paracetamola i salicilata koji su dostupni na tržištu Ujedinjenog Kraljevstva, znatno smanjio broj samoubojstava i pokušaja suicida pomoću tih supstanci (23,52). U ruralnom području Japana nakon osmogodišnjeg provođenja univerzalne prevencije u vidu grupnih aktivnosti starijih osoba te edukacije o mentalnom zdravlju i prepoznavanju depresije kod sebe samog, uočen je pad samoubojstava žena starijih od 65 godina za 76% dok se kod muškaraca nisu uočile razlike (53).

Svjetska zdravstvena organizacija objavila je kratki vodič za medije o tome kako obavještavati o samoubojstvima s ciljem univerzalne prevencije. U navedenom vodiču navode se savjeti kako obavještavati o suicidu pa se tako predlaže da bude jasno prikazano gdje se može potražiti pomoć, da se javnost podučava o prevenciji samoubojstva bez širenja zabluda, te se potiče objavljivanje priča o uspješnom načinu nošenja sa stresom i mogućnosti traženja pomoći u kriznim situacijama. Preporuka je da se ne koriste senzacionalistički naslovi pri samoubojstvu neke poznate osobe, da se ne otkrivaju detalji metode izvršenja suicida te da se ne koriste eksplicitne slike (54).

5.2. Selektivna prevencija

Selektivna prevencija odnosi se na asimptomatske ili presimptomatske pojedince ili skupine sa rizičnim faktorima za samoubojstvo ili za razvijanje nekog psihičkog poremećaja. To bi uključivalo starije ljude s kroničnim, bolnim stanjima koja utječu na smanjenje svakodnevnih funkcija, zatim bolesnike starije životne dobi koji su se socijalno izolirali ili imaju osjećaj da su na teret drugima. Selektivna prevencija uključivala bi

promoviranje lokalnih programa za povezivanje i podršku starijih ljudi koji žive sami, usmjeravanje medicinskih i socijalnih službi na što bolje osamostaljivanje pojedinaca s medicinskim teškoćama, olakšavanje pristupa kućnoj njezi i rehabilitaciji te kontroli boli i palijativnim uslugama (23).

Na sjeveru Italije se 1988. godine osposobio TeleHelp-TeleCheck centar za pružanje usluga telefonskog savjetovanja. Centar je bio dostupan 24 sata dnevno za neodgodive potrebe pojedinaca, a nakon poziva uslijedili su telefonski pozivi podrške dva puta tjedno od strane centra. Usluge su se nudile starijim pacijentima zbog njihove česte socijalne izolacije, psihičkih problema, invaliditeta i slabog odgovora od strane medicinskih službi pri traženju pomoći u vidu razgovora. Evaluacija nakon 10 godina programa pokazala je znatno sniženje broja samoubojstava među korisnicima usluge (6) od očekivanog broja samoubojstava za spomenutu populaciju (20). Srednja dob korisnika bila je 80 godina, a 65% korisnika su bile žene, najčešće udovice. Muškarci su jednako često bili udovci (43%) i u braku (43%). Ova intervencija imala je i pozitivan učinak na psihosocijalni aspekt života korisnika (smanjenje depresivnog raspoloženja te manji broj primitaka u bolnicu i zahtjeva za kućnom posjetom obiteljskog liječnika) (55). Drugo istraživanje evaluiralo je specijaliziranu agenciju za prevenciju samoubojstva u starijih osoba. Centar je nudio dva programa: Linija prijateljstva, („*The Friendship Line*”), primala je oko 15 tisuća poziva godišnje, a nudila je emocionalnu podršku, intervenciju u kriznim situacijama, informacije i preporuke starijim osobama; Gerijatrijska podrška („*Geriatric Outreach*”) nudila je telefonska savjetovišta u dogovorenim terminima (17 tisuća godišnje) i kućne posjete (1 500 godišnje) za starije osobe pod rizikom samoubojstva. Analiza je pokazala značajno sniženje beznađa među korisnicima, ali nije bilo promjena kod depresivnih simptoma (56,57).

U Japanu su uvedene mnoge lokalne inicijative za selektivnu prevenciju samoubojstva u starijih osoba u ruralnim područjima zemlje. Programi su uključivali radionice mentalnog zdravlja za starije koje su provodile medicinske sestre i time promicale svijest o depresiji i suicidalnom ponašanju, te godišnje probire za depresiju u populaciji starijoj od 65 godina. Za sve koju su na probiru dobili pozitivan rezultat organizirali su se razgovori sa psihijatrom, ili u nedostupnosti istog s liječnikom opće prakse. Kontrolni sastanci dogovarali su se s medicinskim sestrama specijaliziranim za mentalno zdravlje. Jedan program ponudio je malo drukčiji sadržaj. Više se pažnje

posvetilo grupnim aktivnostima (rekreativne aktivnosti, volontiranje, razna druženja) za podizanje socijalne podrške, a izostavio se sistematski probir na depresiju. Polaznici su educirani kako samostalno primijetiti depresivne simptome i kome se potom obratiti (53,56,58–60). Rezultati analiza uglavnom pokazuju smanjenje samoubojstava i suicidalnog ponašanja kod žena (53,56,59,60). Rezultati za muškarce nisu toliko obećavajući, dvije analize koje su pokazale smanjenje suicida ističu pozitivan utjecaj rada sa psihijatrom u odnosu na rad s liječnikom opće prakse kod starijih muškaraca (58,61).

5.3. Indikativna prevencija

Indikativna prevencija obuhvaća pojedince koji imaju očite simptome i rizične faktora za samoubojstvo. Cilj ove prevencije je dijagnosticirati i liječiti psihičke poremećaje koji predstavljaju veliki rizik za suicid, na vrijeme prepoznati i intervenirati na pojavu suicidalnog ponašanja kod starijih osoba. Ova vrsta prevencije prvenstveno za cilj ima dodatno educiranje liječnika obiteljske medicine u prepoznavanju depresije i suicidalnog ponašanja, povezivanje lokalnih udruga koje nude usluge za poboljšavanje mentalnog zdravlja i liječnika obiteljske medicine, osmišljavanje projekata za dostupnije i ekonomski prihvatljivije usluge centara za mentalno zdravlje te povećanje probira i rano liječenje starijih ljudi sa poremećajima raspoloženja i bolestima ovisnosti na razini primarne zaštite. Stariji ljude nerado posjećuju ustanove koje se brinu o psihičkom zdravlju populacije te se zbog toga naglasak indikativne prevencije stavlja na primarnu zdravstvenu zaštitu, odnosno liječnike obiteljske medicine (23,62).

Rana dijagnoza i liječenje depresije smatraju se glavnim primjerima indikativne prevencije budući da se depresivni poremećaj smatra najvećim čimbenikom rizika za suicide kod osoba starije životne dobi. Tzv. PROSPECT studija (The Prevention of Suicide In Primary Care Elderly: Collaborative Trail) uspoređivala je ustaljenu kliničku praksu zbrinjavanja depresivnih pacijenata u ordinacijama obiteljske medicine i novi algoritam antidepressivne skrbi. Novi algoritam sadržavao je kao dodatne komponente interpersonalnu psihoterapiju, edukaciju pacijenta, obitelji i odabranog liječnika opće prakse o bolesti pacijenta i rukovođenje skrbi od strane specijalista za suicidalno ponašanje (socijalni radnik, medicinska sestra ili psiholog). Rezultati istraživanja pokazuju znatno brže opadanje suicidalnog ponašanja u osoba koje su prošle PROSPECT program u odnosu na osobe koje su tretirane po ustaljenim protokolima (18,63).

PROSPECT-u slično istraživanje je i tzv. IMPACT (Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment) studija. U IMPACT istraživanju uspoređivala se susretljivija skrb s uobičajenim tretmanom pacijenata koji su bolovali od velikog depresivnog poremećaja i(li) distimije. Takva, nova vrsta skrbi uključivala je dostupnost psihijataru i liječnika obiteljske medicine, edukaciju pacijenta i obitelji, individualno prilagođavanje doze antidepresiva i opciju kratke psihoterapije za rješavanje problema. Nakon 24 mjeseca od provedbe takve skrbi pacijenti su imali značajno smanjenje depresivnih simptoma te značajno smanjeno pojavljivanje suicidalnih namjera (18,64).

Ipak, mana ovih dvaju istraživanja je što se ne može sa sigurnošću primijeniti na cijelu populaciju starije životne dobi budući da su u 76% slučajeva polaznici unaprijeđenih (PROSPECT i IMPACT) programa bile žene koje su inače u toj populaciji pod manjim rizikom za suicid nego muškarci (18), te da studije nisu pokazale značajan pozitivan učinak na pacijente s manjim depresivnim poremećajima (56).

Kod indikativne prevencije također je bitna razlika u spolu. Većina istraživanja pokazuje značajniji utjecaj na žene nego na muškarce. Žene starije dobi češće koriste socijalne resurse i usluge mentalnog zdravlja kao što su radionice, grupni sastanci i telefonsko savjetovanje. Stariji muškarci rjeđe traže medicinsku pomoć te im više odgovara pristup aktivnog rješavanja problema, nego iznošenje vlastitih emocija ili stvaranje novih odnosa (65). Također analizirajući rezultate IMPACT studije primijetili su da stariji muškarci češće imaju atipične simptome depresija, kao što su somatski simptomi i interpersonalni stres. Glavni simptomi depresija kao što su sniženo raspoloženje i smanjeni interes rjeđe se pojavljuju u depresivnih muškaraca, što postavljanje dijagnoze dosta otežava (66). Isto tako, teže procjenjuju i prepoznaju vlastite emocije, te ako ih prepoznaju, pokušavaju ih prikriti da bi izbjegli eventualnu psihijatrijsku dijagnozu, stigmatizaciju i često osjećaj srama zbog problema koji imaju (56,66). Navedene probleme pri prepoznavanju muškaraca starije životne dobi koji su pod većim rizikom od samoubojstva trebalo bi rješavati dodatnom edukacijom liječnika primarne zaštite i uklanjanjem barijera pri traženju pomoći. Posebnu pažnju trebalo bi posvetiti rješavanju problema s kojima se ta populacija suočava kao što su umirovljenje, gubitak vozačke dozvole, bol, ovisnost o drugome, problemi spavanja i zloupotreba alkohola (56,67).

Dva istraživanja su se pozabavila drukčijim pristupom prevenciji. Njihov naglasak bio je na pojačavanju protektivnih čimbenika, a manje na snižavanju rizičnih. Jedan

program sadržavao je radionice, temeljen je na kognitivno-bihevioralnom pristupu u trajanju od 11 tjedana. Polaznici su bile nedavno umirovljene osobe s teškoćama u prilagođavanju na novi način života. Cilj je bio veći smisao životu pomažući sudionicima da postavljaju, planiraju, teže i ostvaruju smislene, konkretne osobne ciljeve. Pojavnost depresivnog raspoloženja i psihičkih tjeskoba bili su značajno sniženi kod polaznika programa u odnosu na kontrolnu grupu nedavno umirovljenih. 80% polaznika u odnosu na 36% kontrole prijavilo je odsutnost suicidalnih ideja 6 mjeseci nakon završetka programa (68).

Drugi program trajao je 16 tjedana i nudio je interpersonalnu psihoterapiju za ljude starije od 60 godina koji su bili pod povećanim rizikom za suicid. Ideja psihoterapije bila je poboljšati polaznikove socijalne odnose i vještine s ciljem unaprjeđenja socijalne podrške i zadovoljavanja interpersonalnih potreba pojedinca. Iako je uključeno samo 20 osoba, rezultati su pokazali znatno smanjenje depresivnih simptoma u odnosu na stanje prije programa. Autori su istaknuli i važnost odnosa s terapeutom, dostupnost terapeuta te mogućnost da polaznici mogu otvoreno pričati o suicidalnim idejama tijekom psihoterapije (69).

5.4. Primarna, sekundarna i tercijarna prevencija

Drugi način podjele prevencije donosi Marčinko u svojoj knjizi Suicidologija. Podjela prevencije na primarnu, sekundarnu i tercijarnu ne odnosi se samo na prevenciju suicida već je u Hrvatskoj uvriježeno takvo planiranje prevencije i za mnoge druge bolesti i stanja.

Primarna prevencija obuhvaća djelovanja slična univerzalnoj prevenciji. Ciljna skupina je opća populacija, a cilj je smanjiti motive za suicid, otkloniti uzroke suicida i smanjiti dostupnost metoda samoubojstava. Provođitelji su suicidolozi, psiholozi, psihijatri, kriminolozi, pedagozi, sociolozi, itd. Posebna pozornost se pridaje medijima i njihovom odnosu prema suicidu, podupire se destigmatizacija duševnih bolesnika, oglašavanje centara za pomoć pri psihičkim problemima ili suicidalnim idejama, a negativno se ocjenjuje senzacionalizam pri samoubojstvima i iznošenje detalja o provedbi samog čina samoubojstva (7).

Sekundarna prevencija obuhvaća selektivnu i dijelom indikativnu. Uključuje aktivnosti s ciljem rane dijagnostike i učinkovitim rješavanju problema pojedinaca. Ciljna skupina su pojedinci s depresivnim ili drugim psihičkim poremećajima, socijalno ugroženi i

ostavljeni te osobe s već prisutnim suicidalnim idejama. Ova vrsta prevencije provodi se u specijaliziranim centrima za mentalno zdravlje ili u bolničkim odjelima i ambulantomama. Osim toga, bitna je kvalitetna informiranost društva i obitelji za rano prepoznavanje simptoma (7).

Tercijarna prevencija obuhvaća manji dio indikativne. Ciljna skupina su pojedinci nakon pokušaja samoubojstva, a provodi se na način stručnog praćenja tih osoba nakon pokušaja u svrhu poboljšavanja njihovog psihičkog zdravlja i sprečavanja recidiva (7).

5.5. Praktični savjeti za pristup suicidalnoj osobi

Jedna od primarnih stvari koju osoba treba napraviti pri susretu sa suicidalnom osobom je *poslušati* što nam suicidalna osoba želi reći. Slušanje je temelj za *odnos povjerenja* koji je neophodan ako nekome želimo pomoći. Ne treba se bojati započeti razgovor, ako nismo sigurni je li osoba zaista suicidalna, bolje je pitati pa saznati nego ignorirati moguće znakove i simptome. Razgovorom odajemo našu *empatiju*. Nije prikladno u razgovoru moralizirati, ismijavati razloge za suicid i dijeliti izravne savjete ili rješenja za probleme jer možemo u suicidalne osobe izazvati nepoželjni efekt povlačenja i odustajanja od daljnjeg razgovora. Poželjno je istaknuti da je *pomoć dostupna* i da joj možemo pomoći u pronalasku iste. Savjetuje se izbjegavanje davanja obećanja da o tome nikome nećemo govoriti, jer ako želimo osobi pomoći, možda se nađemo u situaciji gdje ćemo suicidalno ponašanje ipak trebati prijaviti nekom stručnjaku za pomoć, i u tom bismo slučaju iznevjerili dano obećanje i narušili odnos povjerenja koji iznimno važan kod suicidalnih osoba. Ako primijetimo da je osoba pod velikim rizikom počini samoubojstva (ima suicidalne namjere, plan te sredstva samoubojstva) *ne smijemo je ostaviti bez nadzora* i trebamo što prije kontaktirati hitnu medicinsku pomoć ili lokalni krizni centar te ukloniti potencijalno letalna sredstva u blizini (nož, lijekove, oružje.) (7,70). Suicidalnost treba aktivno otkrivati, a kada ju se nađe i „otvoriti“, treba je i „zatvoriti“. Preko informacija o suicidalnosti ne može se jednostavno u razgovoru prijeći. U svrhu kratkotrajne kontrole suicidalnog ponašanja može se koristiti i tzv. antisuicidalni ugovor.

6. Liječenje suicidalnog ponašanja

Pri liječenju suicidalnosti od psihofarmaka su nam na raspolaganju antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i anksiolitici. U biološke metode liječenja spadaju

elektrokonvulzivna terapija, transkranijalna magnetna stimulacija, terapija svjetlom, kronoterapija i sl..

6.1. Antidepresivi i suicidalnost

Antidepresivi su lijekovi koji se koriste za poremećaje raspoloženja, prvenstveno za depresivne epizode koje imaju izraženi utjecaj na suicidalno ponašanje.

Iako postoji mnogo skupina antidepresiva trenutno je najraširenija primjena inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS), a o njihovom utjecaju na suicidalno ponašanje ima i najviše istraživanja. Pomutnju u propisivanju SIPPS-a dovelo je priopćenje Američkog ureda za hranu i lijekove (FDA) o mogućem povećanju rizika od suicidalnog ponašanja pri liječenju antidepresivima iz skupine SIPPS-a (7). Daljnja istraživanja su pokazala moguće povećanje rizika od samoubojstva pri liječenju antidepresivima iz navedene skupine kod populacije mlađe od 25 godina, dok za bolesnika starije životne dobi postoji značajno smanjenje rizika (71).

Druga studija je istraživala rezultate kratkotrajne (12 tjedana) terapije depresije s antidepresivima iz skupine SIPPS-a i tricikličkim antidepresivima, s ili bez interpersonalne psihoterapije. Cilj je bio analizirati uspješnost terapije na suicidalne ideje i depresiju prema razini pacijentovog rizika za suicid. Visoki rizik predstavljali su pacijenti s nedavnim pokušajem suicida i suicidalnim idejama; srednji rizik odnosio se na pacijente sa povratnim razmišljanjima o suicidu; nizak rizik na pacijente bez suicidalnih ideja ili pokušaja samoubojstva. Nakon 12 tjedana terapije suicidalna namjera je nestala kod svih pacijenata, dok je 4.6% još uvijek prijavljivalo razmišljanja o smrti. Osobe iz skupine visokog rizika za suicidalno ponašanje trebale su više remena za odgovor na terapije, 6 tjedana u odnosu na 3 tjedna kod osoba iz skupine niskog rizika. Zaključak studije je da stariji pacijenti s depresijom i očitim suicidalnim ponašanjem trebaju specijalnu pažnju za vrijeme terapije jer im do pozitivnog odgovora treba duže vremena (56,72).

Pri uspoređivanju suicidalnog ponašanja u starijoj životnoj dobi kod osoba liječenih SIPPS-om i kod osoba liječenih drugim antidepresivima uočen je mali porast rizika za samoubojstvo tijekom prvog mjeseca terapije što poziva na povećani nadzor od strane liječnika pri uvođenju SIPPS-a (73). Istraživanje Gibbonsa i sur. pokazalo je povećan rizik samoubojstva kod liječenja antidepresivima iz skupine SIPPS-a samo kod populacije

veterana od 18-25 godina starosti. Kod svih odraslih veterana neovisno o dobnoj skupini liječenje SIPPS-ima imalo je utjecaj na sniženje pokušaja samoubojstva u odnosu na period prije liječenja, u odnosu na liječenje drugim antidepresivima i u odnosu na neliječenu kontrolnu skupinu (74).

Važan dio terapije u suicidalnom ponašanju su i stavovi pacijenata i uvjerenja o psihofarmakoterapiji, što posljedično utječu na pridržavanje uzimanja terapije te na kraju na sam ishod iste. Percipiranje antidepresiva kao štetnih za vlastito zdravlje pojavljuje se češće kod osoba koje nikad prije nisu uzimale antidepresive, koje su svoje simptomi prepisivali slučajnim čimbenicima i koje nisu razumjele pojam depresije kao bolesti od koje boluju (75). Rezultati ispitivanja o stavovima starijih pacijenata o liječenju antidepresivima godinu dana nakon pokušaja suicida pokazuju da većina pacijenata smatra da su im antidepresivi potrebni za nadilaženje vlastitih problema. Manji dio pacijenata koji nije bio na terapiji u vrijeme suicidalnog pokušaja i kojima je to bio prvi pokušaj nije smatrao nužnim terapiju antidepresivima. Pojedinci koji su prijavili osjećaj beznađa, imali su negativan i zabrinuti stav o liječenju antidepresivima (76).

6.2. Stabilizatori raspoloženja i suicidalnost

Litij se izdvaja kao najvažniji stabilizator raspoloženja pri suicidalnom ponašanju. Pri dugotrajnom liječenju poremećaja raspoloženja shizoafektivnog poremećaja rizik za suicidalno ponašanje je manji 13 puta ako se koristi litij (77). Druga metaanaliza pokazala je 5,5 puta manji rizik od suicida pri liječenju poremećaja raspoloženja litijem (7,78). Podloga djelovanja litija je u smanjenju impulzivnosti i agresivnosti te stabiliziranju raspoloženja, neovisno o dijagnozi u suicidalnih bolesnika. Na biološkoj razini, litij doprinosi smanjenju suicidalnog ponašanja preko serotoninske stimulacije, limbičkog sustava i antidopaminske aktivnosti. Pri prekidanju terapije litijem treba biti posebno oprezan, jer svojim djelovanjem štiti od suicidalnog ponašanja, čak i u bolesnika kod kojih nije došlo do povlačenja afektivnih simptoma, a ukidanjem terapije taj se efekt gubi (7).

6.3. Elektrokonvulzivna terapija i suicidalnost

Elektrokonvulzivna terapija se često odbija zbog ustaljenog nepovjerenja metodi liječenja. Iako to je to danas medicinski postupak koji provodi specijalizirani tim psihijatra, anesteziologa i više medicinske sestre, i dalje je stigmatiziran zbog neselektivne upotrebe

kroz povijest. Cilj današnje elektrokonvulzivne terapije je maksimalan učinak uz minimalan rizik kod depresivnih i shizofrenih poremećaja uz suicidalno ponašanje, a rezistentni su na terapiju psihofarmacima (7). Brojna istraživanja potvrđuju pozitivan ishod glede suicidalnosti u EKT-u. Obično se primjenjuje 6-12 tretmana tijekom jednog mjeseca. Nakon 3 tretmana bilježi se smanjenje suicidalnih ideja u 38% pacijenata, nakon 6 tretmana u 61%, a na kraju terapije kod svih bolesnika sa suicidalnim ponašanjem (7,79). Uočava se značajniji pad suicidalnih pokušaja u osoba liječenih elektrokonzulzivnom terapijom u odnosu na skupinu liječenu antidepresivima i 6 mjeseci nakon provedenih terapija (80).

Pacijenti s ozbiljnim depresivnim poremećajima i suicidalnim ponašanjem trebali bi dobiti mogućnost liječenja EKT-om u ranijim fazama bolesti. Nevoljnost primjene EKT-a vjerojatno je uzrok nekih samoubojstava koji su se adekvatnom terapijom mogli prevenirati. Nekorištenje EKT-a kada je to indicirano svakako prolongira patnju bolesnika s velikim depresivnim poremećajem (81).

7. Zaključak

Nadam se da ste čitajući ovaj rad uspjeli sebi predočiti probleme s kojima se ljudi susreću u starijoj životnoj dobi. Depresija je psihijatrijski poremećaj koji je često podcijenjen i zanemarivan, a može imati ozbiljne posljedice kao što jest suicidalno ponašanje. U vremenu pred sam čin samoubojstva postoje razne mogućnosti djelovanja struke i zajednice. Krenuvši od općenitih mjera za podizanje kvalitete života u starosti, naše djelovanje možemo suziti do prepoznavanja pojedinaca koji su nezbrinuti, socijalno izolirani ili očigledno nesretni. Današnja medicina ima raznolike odgovore na zahtjevnost liječenja psihijatrijskih poremećaja i široku paletu farmakoterapije, psihoterapije i radne terapije. Većina literature završava s preporukom da se o obrađenoj temi treba dalje istraživati, pa tako ni ovaj rad neće biti iznimka. Potrebna su nam istraživanja o uspješnosti različitih mjera prevencije i njihove implementacije u zdravstvene sustave.

ZAHVALE

Najljepše se zahvaljujem svom mentoru prof. dr. sc. Nevenu Henigsbergu i prof. dr.sc. Draženu Begiću na stručnom vodstvu, razumijevanju i korisnim kritikama pri pisanju ovog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji, tati Đuru na beskrajnom vjerovanju u moje sposobnosti, mami Vinkici na duhovnoj potpori, sestri Nini na oštrom vodstvu tijekom studiranja te sestri Đurđici na bezuvjetnom slušanju o fakultetskim nedaćama.

Zahvaljujem se dr. Luisi Marii Arrabal Fernandez na mentorstvu za vrijeme stručne prakse u Granadi i rođici Martini na potpori pri traženju stručne prakse.

Posebno se zahvaljujem i svom dečku Zdenku, koji je bio najsnažniji navijač u svim mojim željama i planovima.

Literatura

1. Tomek-Roksandić S. Osnove o starosti i starenju – vodič uputa za aktivno zdravo starenje. 2010; Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo dr. A. Štampar-Referenti centar Ministarstva zdravlja Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba
2. Zizza CA, Ellison KJ, Wernette CM. Total water intakes of community-living middle-old and oldest-old adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Apr;64(4):481-6.
3. WHO. Ageing and health
4. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Statističke informacije 2017.
5. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Žene i muškarci u Hrvatskoj 2016.
6. Farrell B, Shamji S, Monahan A, French Merkley V. Reducing polypharmacy in the elderly: Cases to help you “rock the boat”. *Can Pharm J (Ott)*. 2013 Sep;146(5):243-4.
7. Marčinko D. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011. 276 p.
8. O’Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996;26(3):237-52.
9. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O’Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life-Threatening Behav* . 2007 Jun;37(3):248-63.
10. Jakovljević, M, Kulenović, M, Jakupčević M. Krizna stanja. Klinika-konzultacija-intervencija. Zagreb: Medicinska naklada, 1986.
11. 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 Jul;164(7):1035-43.
12. WHO. WHO | Suicide data. WHO. World Health Organization; 2017
13. WHO. GHO | By category | Suicide rates, crude - Data by WHO region. WHO. World Health Organization;
14. Gibbons RD. The statistics of suicide. *Shanghai Arch psychiatry*. 2013 Apr;25(2):124–30.

15. Barth A, Sögner L, Gnambs T, Kundi M, Reiner A, Winker R. Socioeconomic factors and suicide: an analysis of 18 industrialized countries for the years 1983 through 2007. *J Occup Environ Med.* 2011 Mar;53(3):313-7.
16. European Commission. Main tables -- Eurostat
17. Begić, D., Jukić, V., Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015. 454 p.
18. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2008 Jun;31(2):333-56.
19. Radić MS, Jelavić M. Registar izvršenih samoubojstava Hrvatske. 2010;
20. Ćorić T, Miler Knežević A, Čukelj P. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2016. godini. 2017.
21. Conwell Y, Duberstein PR, Hirsch JK, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Health status and suicide in the second half of life. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010 Apr;25(4):371-9.
22. Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology.* 2003;49(5):328-34.
23. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in Older Adults. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2011 Jun;34(2):451-68.
24. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry.* 2002 Oct;1(3):181-5.
25. Conwell Y, Brent D. Suicide and Aging I: Patterns of Psychiatric Diagnosis. *Int Psychogeriatrics.* 1995 Jun;7(2):149-64.
26. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 2002 Mar;159(3):450-5.
27. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev.* 2001 Jul;21(5):797-811.
28. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people--redefining an age old problem in old age. *BMJ.* 2003 Sep 20;327(7416):664-7.
29. Curtis JR, Geller G, Stokes EJ, Levine DM, Moore RD. Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1989 Apr;37(4):310-6.
30. Bristow MF, Clare AW. Prevalence and characteristics of at-risk drinkers among elderly acute medical in-patients. *Br J Addict.* 1992 Feb;87(2):291-4.

31. Morin J, Wiktorsson S, Marlow T, Olesen PJ, Skoog I, Waern M. Alcohol Use Disorder in Elderly Suicide Attempters: A Comparison Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Feb;21(2):196-203.
32. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-7.
33. Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y. Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Mar;16(3):220-8.
34. Rohde K, Peskind ER, Raskind MA. Suicide in Two Patients with Alzheimer's Disease. *J Am Geriatr Soc*. 1995 Feb;43(2):187-9.
35. Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatrics*. 2009 Jun 16;21(03):440.
36. Cipriani G, Vedovello M, Lucetti C, Di Fiorino A, Nuti A. Dementia and suicidal behavior. *Aggress Violent Behav*. 2013 Nov;18(6):656-9.
37. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Arch Intern Med*. 2004 Jun 14;164(11):1179.
38. Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Apr;37(4):190-7.
39. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*. 1994 Nov;73(6):281-96.
40. Harwood DMJ, Hawton K, Hope T, Harriss L, Jacoby R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychol Med*. 2006 Sep;36(9):1265-74.
41. Sirey JA, Bruce ML, Carpenter M, Booker D, Reid MC, Newell K-A, et al. Depressive symptoms and suicidal ideation among older adults receiving home delivered meals. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Dec;23(12):1306-11.
42. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316.
43. L.E. W, S. S. End-of-life mental health assessments for older aged, medically ill persons with expressed desire to die. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42(3):350-61.
44. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 10(4):398-406.

45. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010 Apr;117(2):575-600.
46. BATCHELOR IR, NAPIER MB. Attempted suicide in old age. *Br Med J.* 1953 Nov 28;2(4847):1186-90.
47. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001 Feb;16(2):155-65.
48. Chiu HFK, Yip PSF, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, et al. Elderly suicide in Hong Kong--a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2004 Apr;109(4):299-305.
49. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1999;7(4):289-96.
50. Callahan CM, Nienaber NA, Hendrie HC, Tierney WM. Depression of elderly outpatients: primary care physicians' attitudes and practice patterns. *J Gen Intern Med.* 7(1):26-31.
51. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med.* 2002 May 21;136(10):760-4.
52. Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, et al. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ.* 2001 May 19;322(7296):1203-7.
53. Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Jun;59(3):337-44.
54. WHO. WHO | Suicide prevention. WHO. World Health Organization; 2017
55. De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br J Psychiatry.* 2002;181:226-9.
56. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis.* 2011;32(2):88-98.
57. Fiske A, Arbore P. Future Directions in Late Life Suicide Prevention. *OMEGA - J Death Dying.* 2001 Feb 3;42(1):37-53.
58. Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Ment Health J.* 2004 Jun;40(3):249-63.

59. Oyama H, Ono Y, Watanabe N, Tanaka E, Kudoh S, Sakashita T, et al. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Feb;60(1):110-4.
60. Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Ment Health J*. 2008 Oct;44(5):311-20.
61. Takahashi K, Naito H, Morita M, Suga R, Oguma T, Koizumi T. [Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 1998;100(7):469-85.
62. Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Areán PA, et al. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161(8):1455-62.
63. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Mar 3;291(9):1081-91.
64. Unützer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Oct;54(10):1550-6.
65. Drapeau A, Boyer R, Lesage A. The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *J Behav Health Serv Res*. 2009 Jul;36(3):372-84.
66. Hinton L, Zweifach M, Oishi S, Tang L, Unützer J. Gender disparities in the treatment of late-life depression: qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Oct;14(10):884-92.
67. Lapierre S, Boyer R, Desjardins S, Dubé M, Lorrain D, Prévaille M, et al. Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *Int psychogeriatrics*. 2012 Feb;24(2):243-52.
68. Lapierre S, Dubé M, Bouffard L, Alain M. Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*. 2007;28(1):16-25.
69. Heisel MJ, Duberstein PR, Talbot NL, King DA, Tu XM. Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide: Preliminary Findings. *Prof Psychol Res Pr*. 2009;40(2):156-64.

70. Melinda Smith, M.A., Jeanne Segal, Ph.D. and LR. Suicide Prevention: How to Help Someone who is Suicidal and Save a Life.
71. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*. 2009 Aug 11;339:b2880.
72. Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jun;60(6):610-7.
73. Juurlink DN, Mamdani MM, Kopp A, Redelmeier DA. The risk of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors in the elderly. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):813-21.
74. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. *Am J Psychiatry*. 2007 Jul;164(7):1044-9.
75. Aikens JE, Klinkman MS. Changes in patients' beliefs about their antidepressant during the acute phase of depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 34(3):221-6.
76. Lesén E, Wiktorsson S, Carlsten A, Waern M, Hedenrud T. Beliefs about antidepressants among persons aged 70 years and older in treatment after a suicide attempt. *Int psychogeriatrics*. 2015 Nov;27(11):1795-803.
77. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Treating the suicidal patient with bipolar disorder. Reducing suicide risk with lithium. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Apr;932:24-38; discussion 39-43.
78. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 Sep;104(3):163-72.
79. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):977-82.
80. Avery D. Suicide, Attempted Suicide, and Relapse Rates in Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1978 Jun 1;35(6):749.
81. Kellner CH, Li EH, Farber KG, Geduldig ET, Ahle GM. Electroconvulsive Therapy (ECT) and Suicide Prevention. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2016 Mar 12;3(1):73-81.

Životopis

Rođena sam 26. travnja 1993. u Dubrovniku, gdje sam pohađala osnovnu školu Marina Getaldića i Gimnaziju Dubrovnik, sportski razred. Za vrijeme osnovne i srednje škole trenirala sam plivanje i nastupala na raznim državnim i međunarodnim natjecanjima.

Medicinski fakultet u Zagrebu upisala sam u srpnju 2012. godine te sam se 2017. godine pridružila radu Studentske anesteziološke sekcije.

Tijekom studija sudjelovala sam u radu Udruge studenata Dubrovnika Libertas i amaterski se bavila glumom u sklopu studentske glumačke udruge Bonegracija. Kao dio Erasmus+ programa odradila sam dvomjesečnu praksu u Granadi u Španjolskoj na odjelu neuropedijatrije sveučilišne bolnice „Virgen de las Nieves“.

Aktivno se služim engleskim i španjolskim jezikom te posjedujem vozačku dozvolu B kategorije.