

# FAKTORI RIZIKA ZA SUICIDALNO PONAŠANJE KOD AFEKTIVNIH POREMEĆAJA

## AUTORI

Stanojević Albina<sup>1</sup>, Nenadović Milutin<sup>1</sup>, Milošević Dragan<sup>1</sup>, Popović Irena<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“ u Gornjoj Toponici, Niš

<sup>2</sup> Univerzitet u Prištini, Medicinski fakultet u Kosovskoj Mitrovici

## KORESPONDENT

Albina Stanojević

SPPB „Gornja Toponica“,  
Gornjoj Toponici

drpsih91@gmail.com

## SAŽETAK

Poznato je u literaturi da su incidenca i prevalenca samoubistva i pokušaja samoubistva u psihijatrijskih bolesnika znatno veće nego u opštoj populaciji. U radu su ispitivani faktori rizika za suicidalno ponašanje u kategoriji primljenih pacijenata na bolničko lečenje sa dijagnozom afektivnog poremećaja (unipolarna odn. bipolarna depresija). Studija uključuje 80 pacijenata, po 40 u obe dijagnostičke grupe, primljenih na lečenje u Specijalnu psihijatrijsku bolnicu u Gornjoj Toponici kod Niša. U metodologiji rada korišćeni su: psihijatrijski intervju, Hamiltonova skala za procenu depresivnosti (HAMD), i C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) Kolumbijska skala procene - alat za procenu koji ocenjuje suicidalnu ideaciju i ponašanje.

Rezultati studije pokazuju da postoji povezanost između suicidalnog ponašanja (pokušaja suicida i suicidalne ideacije) i dijagnoze bipolarnog afektivnog poremećaja, pozitivne istorije ranijih pokušaja suicida, tako da, što su ovi faktori izraženiji, to je stepen suicidalnosti veći. Na ispitivanom uzorku, jasno suicidalno ponašanje sa planom i namerom, intenzitet suicidalnih misli, te medicinsko oštećenje nakon pokušaja suicida značajno su bili zastupljeniji kod obolelih od Bipolarnog afektivnog poremećaja u depresivnoj fazi bolesti. Pacijenti sa prethodnim pokušajem suicida, kao i nepovoljnim ličnim i socijalnim okolnostima imali su veći procenat pokušaja samoubistva.

**Ključne reči:** suicidalnost, pokušaj suicida, depresija, psihijatrijski poremećaj

## ENGLISH

### RISC FACTORS THAT INFLUENCE SUICIDAL BEHAVIOR IN AFFECTIVE DISORDERS

Stanojević Albina<sup>1</sup>, Nenadović Milutin<sup>1</sup>, Milošević Dragan<sup>1</sup>, Popović Irena<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Special Psychiatric Hospital "Gornja Toponica" in Gornja Toponica, Nis

<sup>2</sup> University of Prishtina, Faculty of Medicine in Kosovska Mitrovica

### SUMMARY

It is known in the literature that the incidence and prevalence of suicide and attempted suicide in psychiatric patients is significantly higher than in the general population. The paper examined risk factors for suicidal behavior in the category of admitted patients hospitalized with the diagnosis of mood disorders and affective (Unipolar resp. Bipolar depression). Study activated by 80 patients, 40 in both diagnostic groups received treatment at the Special Psychiatric Hospital in Gornja Toponica near Nis. The work methodology used are: psychiatric interview, Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), and the C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale)- assessment tool that assesses suicidal ideation and behavior. The study results show that there is a relationship between suicidal behavior (suicide attempts and suicidal ideation) and the diagnosis of bipolar affective disorder, positive history of previous suicide attempts, so that these factors are stronger, to the degree of suicidality higher. On this sample, clearly suicidal behavior, with the same purpose, intensity of suicidal thoughts and medical impairment after suicide attempts were significantly more frequent in patients with Bipolar Affective Disorder in the depressive phase of the illness. Patients with a previous suicide attempt, and poor personal and social circumstances had a higher rate of attempted suicide.

**Keywords:** suicide, suicide attempts, depression, psychiatric disorder

Brojni suicidolozi definišu samoubistvo kao psihopatoška događanja i postupke kroz koje danima ili nedeljama pre samoubistva prolazi potencijalni samoubica, što ide od pada vitalnih funkcija, tuge i depresije preko agresije usmerene najčešće prema unutra do suicidalnih fantazije i psihičke anestezije.

Samoubistvo, potiče od reči „suicidium“ i latinskog je porekla (sui-sebe, occidere-ubiti, caedes-ubistvo). Za odluku o samoubistvu potrebni su suicidalna dispozicija i suicidalni uzroci odnosno faktori rizika za suicid. O etiologiji samoubistva se dosta izučava ali i dalje ne postoje jasni empirijski dokazi o tome zašto i pod kojim uslovima neki faktori iniciraju ovu pojavu. Premda su podaci koje pronalazimo u literaturi šaroliki, nesumnjivo je, da je ovaj autoagresivni čin, češći u populaciji psihijatrijskih pacijenata.

Procena životne prevalencije za BAP I (Bipolarni afektivni poremećaj), (najmanje jedna manična epizoda) je u intervalu 0,4 - 1,6% a BAP II (postojanje hipomanije i depresije) od 1,5% do 2,5% [1]. Rezultati novijih istraživanja u opštoj populaciji, ukazuju da rasprostranjenost BAP-a koji uključuje sva oboljenja iz bipolarnog spektra, iznosi i do 4,0%, odnosno 5,5% [2].

Da je BAP bolest koju nije lako dijagnostikovati pokazuju i epidemiološke studije prema kojima samo 20% pacijenata biva pravilno dijagnostifikovano na početku bolesti, 31% bivaju dijagnostifikovani kao unipolarna depresija, a čak 49% ne biva dijagnostifikovano kao poremećaj raspoloženja (unipolarna depresija ili bipolarni poremećaj). Čak 35% obolelih biva tačno dijagnostifikovano nakon 10 godina aktivne bolesti. U periodu 2009-2013. godina, na osnovu podataka o bolničkom morbiditetu u Srbiji uočeno je da je broj osoba sa dijagnozama poremećaja raspoloženja (F30-F39) koje su bile lečene na psihijatrijskim odeljenjima bolnica za kratkotrajnu hospitalizaciju i u specijalnim psihijatrijskim bolnicama, opao u 2013. godini. Međutim, unutar ove podgrupe, broj pacijenata sa dijagnozama afektivnog bipolarnog duševnog oboljenja (F31.0-F31.9) je porastao sa 1093 u 2009. na 1446 u 2013. godini, što je dovelo i do promene u pokazatelju strukture u podgrupi jer se učešće BAP sa 14,1% u 2009. godini povećalo za 5 indeksnih poena, na 19,1% u 2013. godini. Žene su činile oko 2/3 hospitalizovanih pacijenata u svim analiziranim godinama [3].

Unipolarni depresivni poremećaji predstavljaju one kod kojih se bolest ispoljava samo depresivnim epizodama. Kada se unipolarne depresije definišu negativno - odsustvom maničnih epizoda - jasno je da se u kliničkoj praksi javlja problem njihovog razlikovanja, jer pojavi manične epizode može prethoditi više depresivnih.

U nizu radova potvrđeno je postojanje razlika između bipolarnih i unipolarnih depresija u pogledu hereditarnog opterećenja, premorbidne ličnosti, odnosa polova, uzrasta u vreme javljanja poremećaja, karakteristika kliničke slike i reagovanja na terapiju [4]. Unipolarna depresija je, prema rezultatima studije globalnog opterećenja bolešću u 2000. godini sa 11,9% bila vodeći uzrok izgubljenih godina života zbog nesposobnosti u svetu [5].

- Analiza lične i porodične anamneze dijagnostikovanih pacijenata sa egzacerbacijom afektivnog poremećaja u smislu identifikacije ličnih, socijalnih ili faktora okoline kao trigeru pokušaja samoubistva.
- Analiza postojanja suicidalne ideacije kod grupe sa pokušajem i bez pokušaja samoubistva.
- Poređenje obe eksperimentalne grupe sa i bez pokušaja samoubistva dijagnostikovane kao egzacerbacija afektivnog poremećaja u pogledu suicidalnog ponašanja.

## MATERIJAL I METODE

Istraživanje je bilo najvećim delom kliničko i analitičko, gde se skrining pacijenata obavljao u danima neposredno po realizovanom prijemu u bolnicu, dok su se demografski podaci o početku i toku bolesti, hereditetu uzimali i retrospektivno, iz dostupne medicinske dokumentacije - istorije bolesti, u vremenskom periodu od osamnaest meseci. Ispitivani su pacijenti iz dve kategorije psihijatrijskih poremećaja (F31 i F33) koji su imali suicidalne ideacije i/ili pokušaje suicida, ukupno 80.

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog odbora Specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“ od 28.03.2014. godine.

Istraživanje je sprovedeno u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“ kod Niša, u periodu od aprila 2014. do oktobra meseca 2015. godine.

Svakom pacijentu je urađen skrining koji sadrži:

- psihijatrijski intervju za određivanje težine kliničke slike za depresiju Hamiltonova skala za procenu depresivnosti (Hamilton Depression Rating Scale - HAMD), od 21 ajtema [6].
- Vrednosti C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) [7]. Kolumbijska skala procene ozbiljnosti suicida je alat za procenu koji ocenjuje suicidalnu ideaciju i ponašanje.

Karakteristike uzorka obrađene su deskriptivnim statističkim parametrima - srednja vrednost, standardna devijacija. Razlike između grupa poređene su Studentovim t-testom za nezavisne uzorke, dok je u slučajevima nepravilne distribucije podataka, normalnost raspodele praćene varijable, testirana pomoću Kolmogorov-Smirnov-ljevog testa. Za kategoričke varijable, u proceni značajnosti razlike korišćen je x2 test, odnosno Fišerov test kada je neka od frekvencija bila manja od 5 jedinica; za izračunavanje povezanosti između varijabli korišćen je koeficijent korelacije Kendalov Tau. Za izdvajanje grupe parametara „visokog rizika“ za suicid korišćena je multifaktorijalna analiza.

Razlika u kompariranim podacima smatrala se statistički značajnom ukoliko je verovatnoća nulte hipoteze manja od 5% ( $p < 0.05$ ). Multifaktorijalna analiza je korišćena za određivanje faktora-varijabli koje bi se označile kao prediktori suicida, bilo iz domena demografskih ili psihijatrijskih kliničkih skorova na skalama.

Za proračun i obradu podataka korišćen je SPSS-20 statistički softver za Windows. Rezultati su prikazani tabelarno i grafički.

## REZULTATI

Što se tiče strukture uzorka po **polu**, u ispitivanje je uključeno 45 muškaraca (60%) i 35 žena odnosno 40%.

Tabela 1. Struktura uzorka po polu

pol	Učestalost	Procenat
Muški	45	60.0
Ženski	35	40.0
ukupno	80	100.0

Uzorak je ujednačen po pitanju **dijagnoze**, odnosno psihijatrijskog oboljenja, kao značajnog faktora rizika za suicidalno ponašanje te je udeo dijagnostičkih kategorija u uzorku podjednako prisutan - 50%.

Analizom lične i porodične anamneze dijagnostikovanih pacijenata u smislu postojanja ličnih, socijalnih ili faktora okoline kao **trigera** pokušaja samoubistva, samo kod 7 ispitanika (15%) nije utvrđeno postojanja trigera, dok su lični faktori kao trigger zabeleženi kod 20 pacijenata (20%), dok su faktori sredine bili prisutni kod njih 34 (42,5%), a kod njih 14 (17,5%) zapaženo prisustvo oba faktora. (tabela 2)

Tabela 2. Struktura uzorka po dijagnozi

Dijagnoza	Učestalost	Procenat (%)
F31	40	50.0
F33	40	50.0
Ukupno	80	100.0

F31 bipolarna depresija / F33 unipolarna depresija

Analizom postojanja suicidalne ideacije kod grupe sa pokušajem i bez pokušaja samoubistva, utvrđeno je postojanje suicidalne ideacije kod 73 (91.2%) ispitanika, dok kod njih 7 (8.8%) nije zabeležen bilo kakav oblik suicidalnih razmišljanja (tabela 3). Utvrđeno je da od 50 (62.5%) pacijenata koji su imali aktuelni pokušaj suicida samo njih 3 nije iskazivalo suicidalne ideacije, dok je kod ostalih 47 ovakva ideacija bila udružena sa pokušajem suicida. U grupi pacijenata, kod koji nije zabeležen pokušaj suicida takođe je kod njih 26 (35,6%) zabeleženo prisustvo suicidalne ideacije.

Tabela 3. Lični i socijalni faktori u etilogiji suicidalnog ponašanja

Faktori rizika	Učestalost (n)	Procenat (%)
bez	12	15.0
lični faktori	20	25.0
socijalni faktori	34	42.5
oba	14	17.5
ukupno	80	100.0

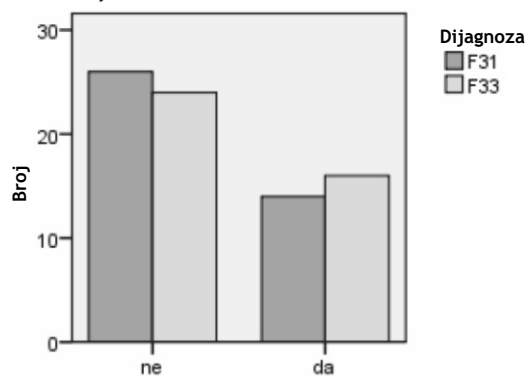
Prema broju **ranijih pokušaja suicida** u strukturi uzorka najznačajniji udeo pripada osobama sa jednim pokušajem 41 (51,2%), bez pokušaja je bilo njih 23 ili 28,8%, dok je njih 16 imalo 2-5 pokušaja suicida ili 20%. (tabela 4)

Tabela 4. Raniji pokušaji suicida

Pokušaji	Broj pacijenata	Procenat (%)
Bez pokušaja	23	28.8
1 pokušaj	41	51.2
2-5 pokušaja	16	20
Ukupno	80	100

**Aktivna suicidalna ideacija sa specifičnim planom i namerom** je zabeležena kod 37,5% ispitanika dok 62,5% je bez takvih specifičnih planova i namere. (grafikon 1)

Grafikon 1. Prisustvo aktivnih suicidalnih misli



Aktivne suicidalne misli sa planom i namerom

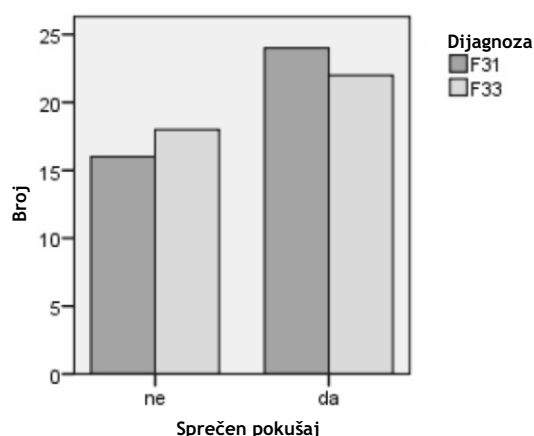
Skala za procenu C-SSRS nudi skaliranje suicidalne ideacije, **intenzitet**. U okviru pet kategorija stepen težine suicidalne ideacije se rangira od 1 do 5, gde je 1 najblaži stepen a 5 najteži stepen. Na taj način se dobija zbirni skor koji je prikazan u tabeli 5.

Tabela 5. Suicidalne ideacije

	Frekvencija	Procenat (%)
nema ideacija	7	8.8
ima ideacija	73	91.2
Ukupno	80	100.0

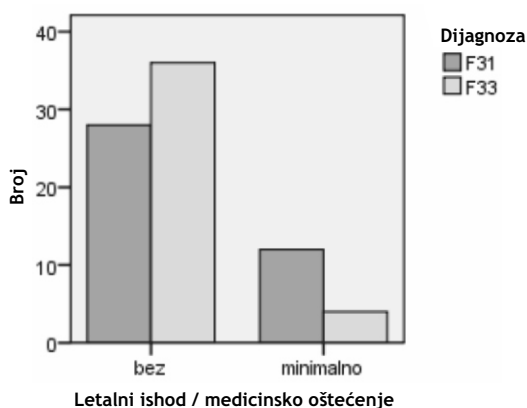
Zabeleženo je da je 42,5% pacijenata u uzorku **sprečeno u svojoj suicidalnoj nameri**, naspram 57,5% pacijenata koji to nisu. Ovde treba naglasiti da se ne uzimaju u obzir suicidalne ideacije pacijenata već samo da li su pacijenti bili sprečeni u svojoj nameri ili ne. (grafikon 2)

Grafikon 2. Sprečeni pokušaji suicida



Uglavnom minimalno **medicinsko oštećenje** zabeleženo je kod 20% ispitanika dok kod 80% ispitanika nije zabeleženo nikakvo telesno oštećenje. Postojala je statistički značajna razlika  $p < 0,025$  u odnosu na dijagnozu, sa značajno većim procentom minimalnih medicinskih oštećenja u kontrolnoj grupi BAP. (grafikon 3)

Grafikon 3. Medicinsko oštećenje nakon pokušaja suicida



U odnosu na dijagnostičku kategoriju (tabela 6) ispitivane populacije istraživanje nije našlo statistički značajnu razliku u pogledu aktuelnog pokušaja suicida. Procentualno, primećuje se da je kod BAP učestalost veća - 70% u odnosu na grupu ispitanika sa Unipolarnom depresijom - 55%.

Tabela 6. Učestalost pokušaja suicida u odn. na dijagnozu

dijagnoza	F31 n (%)	F33 n (%)	$\chi^2$
pok. suicida prisutan	28 (70%)	22 (55%)	ns*
pok. suicida odsutan	12 (30%)	18 (45%)	ns*
ukupno	40 (100%)	40 (100%)	

\*ns - not significant - ( $p < 0.05$ )

## DISKUSIJA

Sistematski pregledi faktora rizika koji se odnose na pokušaj samoubistva ističu značaj proksimalnih kliničkih faktora rizika, kao što su ozbiljnost depresivnih simptoma i sklonost impulsivnom ponašanju, kao i ranije pokušaje suicida.

Ova studija uključuje 80 pacijenata, ujednačenih po dijagnostičkim kategorijama poremećja raspoloženja koji su imali suicidalno ponašanje i bili su hospitalizovani u psihijatrijskoj bolnici sekundarne zdravstvene zaštite u Gornjoj Toponici kod Niša, u vremenskom periodu od godinu i po dana.

Uzorak je uključio depresivni unipolarni i bipolarni poremećaj pacijenata - depresivne faze, dozvoljavajući njihovo međusobno poređenje. Dizajn studija je omogućio ispitivanje o faktorima rizika odvojeno za suicidalne ideje i pokušaje samoubistva, u okviru kontinuiranog samoubilačkog ponašanja u toku života ispitanika.

U literaturi u afektivnim kohortama, porodična istorija suicida nije se razlikovala između afektivnih pacijenata sa i bez istorije pokušaja, premda je bilo studija koje su ukazale na porodičnu istoriju kao faktor koji predviđa ranije pokušaje [8].

Za potrebe ovog istraživanja je korišćena C-SSRS rejting skala verzija iz 14.01.2009. godine. Merilo se prisustvo suicidalne ideacije kod pacijenata u uzorku. Kod njih 91.2% je zabeleženo prisustvo suicidalne ideacije, dok kod 8,8% pacijenata suicidalna ideacija nije zabeležena (tabela 3). Suicidalnu ideaciju su u najvećem procentu činile želja za smrću i nespecifične aktivne suicidalne misli.

U literaturi se navodi da se radilo istraživanje u psihijatrijskoj bolnici gde je ukupno pregledano 489 istorija bolesti. Rezultati su otkrili da su pacijenti sa suicidalnim pokušajima bili mlađi, sami, bez dece i imali su malu ili skoro nika-

kvu socijalnu podršku [9]. Imali su više stresogenih životnih događaja, bili su depresivni ili su počeli rano da se leče od afektivnih poremećaja, imali su porodičnu anamnezu suicida, prethodne pokušaje suicida, raniju suicidalnu ideaciju, upotrebu alkohola ili su bili na antipsihoticima, antidepressivima, anksioliticima i stabilizatorima raspoloženja.

Praćeni demografski parametri najviše značajnih statističkih razlika pokazali su u starosti i polu pacijenata. Tako, podaci ukazuju na učestalije pokušaje suicida među **ženskim pacijentima** - 65,7% ( $p < 0,05$ ) njih imalo je makar 1 pokušaj suicida. U literaturi, žene sa suicidalnim pokušajem su pokazivale violentnije metode od muškaraca [10].

Nesumnjivo je da za pokušaj suicida dijagnostička kategorija ima veliku ulogu što je dokumentovano u brojnim kliničkim studijama [11].

Depresivna simptomatologija i pesimizam su tihi pokazatelji samoubilačkih tendencija kao i ponavljanje pokušaja samoubistva i zloupotreba psihoaktivnih supstanci i impulsivnost [12].

U odnosu na **raniji pokušaj suicida**, aktuelno suicidalno ponašanje je pokazalo statistički značajnu povezanost i to tako da je većina pacijenata koji su primljni u bolnicu zbog aktuelnog pokušaja suicida imala i ranije pokušaje suicida.

Autori su pretpostavili da pacijenti sa afektivnim poremećajima i prethodnim suicidalnim pokušajima imaju lošiji kvalitet života nego pacijenti sa bez prethodnih suicidalnih pokušaja [13]. To je moguće zato što nizak kvalitet života može reflektovati prisustvo niskih socijalnih veština i neadekvatnu socijalnu podršku što može povećati suicidalni rizik [14].

Jedan od najčešćih faktora rizika za suicidalnost je psihijatrijsko oboljenje. Među psihijatrijskim oboljenjima najčešći riziko faktor jesu afektivni poremećaji: depresivni poremećaji i bipolarna depresija u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja [15]. Autori su pronašli dva značajna rizik faktora. Prvo, pronašli su da pacijenti sa prvom depresivnom epizodom imaju povišen suicidalni rizik [16]. Bipolarni pacijenti koji su hospitalizovani sa prvom depresivnom epizodom pokazuju tendencu razvoja depresije i u sledećoj epizodi [17]. Više od 60% suicidalnih pacijenata izvrši suicid u prvoj depresivnoj epizodi [18]. Prolongirano trajanje depresivne epizode povećava rizik od suicida kod pacijenata sa afektivnim poremećajem i loš je prognostički faktor u pogledu suicidalnog ponašanja [19].

Takođe postoji kontinuirana jaka veza suicidalnog rizika sa proporcijom ukupnih rekurentnih epizoda koje su bile depresivne ili mešovite nasuprot depresivnim. Autori ukazuju na snažnu vezu između predominantno depresivnih, posebno mešovitih epizoda, sa suicidalnim ponašanjem [20].

Rizik od samoubistva u bipolarnom afektivnom poremećaju kreće se od 17 - 19% odnosno od 15 - 20 puta je viši nego u opštoj populaciji. Rezultati takođe ukazuju da 25 - 50% obolelih od bipolarnog afektivnog poremećaja pokušaju barem jedan put samoubistvo u toku životnog veka. Zato su mere prevencije od velikog značaja za smanjenje rizika suicidalnosti [21].

Nespecifične suicidalne misli su u većem broju prisutne kod grupe pacijenata sa bipolarnim afektivnim poremećajem i unipolarnom depresijom. U odnosu na celi uzorak distribucija nespecifičnih aktivnih suicidalnih misli kod pacijenata izgleda ovako: sa dijagnozom F31 - 92,5%, F33 - 90,2. Među mentalnim oboljenjima BAP je jedan od vodećih uzroka suicidalnog ponašanja na suicidalni rizik na više nivoa, počev

od određivanja emocionalne reakcije na nivou ličnosti, preko određivanja bolesti i karakteristika toka bolesti do uticaja na unutrašnju dinamiku epizode [22].

Pacijenti sa afektivnim poremećajem imaju rekurentne fluktuirajuće epizode raspoloženja sa narušenom funkcionalnošću, koje mogu uzrokovati hroničan stres i povišenu suicidalnost [23][24]. Obzirom da je suicid i suicidalno ponašanje rezultat kombinovanih faktora rizika, precipitirajućeg stresa i aktuelnih karakteristika bolesti, predviđanje suicidalnog pokušaja bazirano na faktorima rizika koji su statistički povezani sa suicidom ili suicidalnim pokušajima kod pacijenata sa afektivnim poremećajem je teško [25].

Aktivne suicidalne misli sa *planom i namerom* u odnosu na dijagnozu pokazuju da pacijenti sa bipolarnim afektivnim poremećajem u najvećem procentu imaju aktivne suicidalne misli sa planom i namerom - 72,5%, slede pacijenti sa unipolarnom depresijom - 70%.

Uopredna analiza nezavisnih varijabli u odnosu na suicidalno ponašanje, što podrazumeva kako pokušaj suicida tako i bilo koji oblik suicidalne ideacije ne pokazuju statistički značajnu povezanost u odnosu na dijagnozu pri čemu je procenat ispitanika sa BAP veći u pogledu aktuelnog pokušaja suicida, u odnosu na depresivni poremećaj 70% prema 30% ispitanika. (tabela6)

*Suicidalno ponašanje* podrazumeva pripremanje pokušaja suicida i uključuje verbalizaciju, misli, kupovanje sredstava u tu svrhu i pisanje oprostajnog pisma. Određeni autori su istakli da je stopa suicidalnog pokušaja među

ženama sa afektivnim poremećajem dva puta veća nego kod muškaraca sa afektivnim poremećajem, ukazujući na veći smrtni ishod kod muškaraca [26].

## ZAKLJUČAK

Pracanjem i analizom faktora rizika za suicidalno ponašanje na populaciji dužvremeno hospitalizovanih afektivnih pacijenata u kontrolisanim uslovima, dolazimo do generalnog zaključka da postoji povezanost između suicidalnog ponašanja (*pokušaja suicida i suicidalne ideacije*) i ženskog pola, dijagnoze afektivnih poremećaja, pozitivne istorije ranijih pokušaja suicida, tako da, što su ovi faktori izraženiji, to je stepen suicidalnosti veći. Pacijenti sa prethodnim pokušajem suicida i nepovoljnim ličnim (niže obrazovanje, samci) i socijalnim (lošeg ekonomskog statusa, bez socijalne podrške) okolnostima imaju veći procenat pokušaja samoubistva.

Skala za procenu C-SSRS nudi široke mogućnosti analize suicidalnog rizika pri čemu omogućava procenu težine aktuelnog suicidalnog ponašanja, težinu prisutne ideacije, gradaciju različitih stepena suicidalne ideacije, do analize aktuelnog pokušaja suicida i eventualnog medicinskog oštećenja.

**NAPOMENA: Sprovedeno istraživanje predstavlja deo je doktorske disertacije prvog autora.**

## LITERATURA

1. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for Biological Treatment of Bipolar Disorders, Part I: Treatment of Bipolar Depression World J Biol. Psychiatry. 2002; 3:115-124
2. Farren CK, Hill KP, Weiss RD "Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review". Curr Psychiatry Rep 14 (December 2012). (6): 659-66
3. NICE guidelines 185. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. September 2014.
4. Maletic V, Raison C. Integrated neurobiology of bipolar disorder. Front Psychiatry. 2014; 5:98
5. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray C. Global Burden of Disease and Risk Factors - Disease Control Priorities Project. Washington (DC): World Bank, 2006.
6. Timotijević J, Paunović R. Instrumenti kliničke procene u psihijatriji;. str. 110, 111. Hamiltonova skala za depresiju - Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD). Beograd 2003.
7. COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS) Version 1/14/09 Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J. Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J. Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103-130, 2003.
8. DeVlyder, J.E., Lukens, E.P., Link, B.G., Lieberman, J.A., Suicidal ideation and suicide attempts among adults with psychotic experiences: data from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. JAMA Psychiatry 72, 2015. 219-225
9. Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R., Brown, G.K., Beck, A.T., History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. Am. J. Psychiatry 161, 2004. 437-443
10. Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E., ŠA, rensen, H.T., Lash, T.L., 2010. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. Am. J. Epidemiol. 171, 721-727
11. Garino, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M., Ritzler, B.A., Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. Br. J. Psychiatry: J. Ment. Sci. 2005. 186, 121-125
12. Gonda, X., Pompili, M., Serafini, G., Monteboni, F., Campi, S., Dome, P., Duleba, T., Girardi, P., Rihmer, Z., 2012. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. J. Affect. Disord. 2010. 143, 16-26
13. Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E., ŠA, rensen, H.T., Lash, T.L., 2010. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. Am. J. Epidemiol. 2010. 171, 721-727
14. Grunebaum, M.F., Galfalvy, H.C., Mortenson, L.Y., Burke, A.K., Oquendo, M.A., Mann, J.J., Attachment and social adjustment: relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. J. Affect. Disord. 2010. 123-130

- 
15. Grunebaum, M.F., Oquendo, M.A., Harkavy-Friedman, J.M., Ellis, S.P., Li, S., Haas, G.L., Malone, K.M., Mann, J.J., . Delusions and suicidality. *Am. J. Psychiatry* 158, 2001 742-747
  16. Hawton, K., Comabella, Casanasi, Haw, C., Saunders, K., C., . Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2013 147, 17-28
  17. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L., . Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J. Clin. Psychiatry* 2005 66, 693-704
  18. Holma, K.M., Melartin, T.K., Haukka, J., Holma, I.A., Sokero, T.P., Isometsa, E.T., . Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *Am. J. Psychiatry* 2010. 167, 801-808
  19. Judd, L.L., Schettler, P.J., Akiskal, H.S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Endicott, J., Keller, M., . Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003 16, 127-133
  20. Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E., Prevalence of and risk factors for life-time suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999. 56, 617-626
  21. O'Connor, R.C., Nock, M.K., . The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014, 73-85
  22. Fiedorowicz JG, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Rice JP, Coryell WH. Do risk factors for suicidal behavior differ by affective disorder polarity? *Psychol Med* 2009
  23. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five year prospective study. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 801-808
  24. Sokero TP, Melartin TK, Rytala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186:314-318
  25. Melartin TK, Rytala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsa ET. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 126-134
  26. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1148-1156