

МАЛИГНА ОБОЉЕЊА КАО МОТИВ САМОУБИСТВА

Љиљана БОГДАНОВИЋ¹, Слободан САВИЋ², Гордана БАСТА-ЈОВАНОВИЋ³

¹Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд;

²Институт за судску медицину, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд;

³Институт за патологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Самоубиство је свесно и намерно уништење сопственог живота, које настаје као последица садејства суицидне диспозиције и мотива (чињеница које побуђују на извршење суицида). Познато је да телесна обољења, укључујући и малигнитете, могу представљати значајан, а некада и једини мотив за самоубиство.

Циљ рада Циљ рада је био да се детаљно анализирају самоубиства особа код којих је суицидни мотив било малигно обољење.

Метод рада Анализиран је обдукциони материјал Института за судску медицину Медицинског факултета у Београду из периода 1990–2004. године. Коришћени су записници о извршеним судскомедицинским обдукцијама, анамнестички подаци добијени од чланова породице особа које су извршиле самоубиство, извештаји истражних органа и постојећа медицинска документација.

Резултати У 1.931 случају утврђено је самоубилачко порекло насилне смрти. Неоплазме су биле суицидни мотив код 37 особа (1,9% од укупног броја самоубиства). Основна обележја анализаног узорка била су: доминација особа мушког пола (26:11 или 2,4:1), старост преко 70 година и највећа учесталост малигних тумора плућа и дојке. У готово свим случајевима реч је била о особама које су се дуже време лечиле од малигних неоплазми. Код 19 особа (51,3% од 37) утврђена је одмакла фаза малигног процеса са метастазама тумора. Подаци о усменом најављивању самоубиства добијени су у 26 случајева (70,3%), а о претходном покушајима само за пет особа (13,5%). У сопственом стану самоубиство је извршило 78,4% особа, 16 особа (43,2%) је извршило самоубиство ватреним оружјем, вешање је као начин за уништење сопственог живота изабрало 12 особа (32,4%), док су други начини били ређи.

Закључак Иако малигна обољења нису толико често мотив за извршење самоубиства у анализираном узорку, ови случајеви захтевају посебну пажњу здравствених радника због примене адекватних мера за превенцију суицида код особа оболелих од малигних тумора.

Кључне речи: малигнитет; самоубиство; судска медицина

УВОД

Самоубиство је веома сложен феномен који постоји у свим деловима света и у свим друштвеним слојевима. Предмет је проучавања стручњака из области филозофије, религије, права, психологије, социологије, медицине (посебно судске медицине и психијатрије). Број самоубиства је огроман и стално се повећава. Светска здравствена организација је проценила да се у свету у току 2000. године сваких 40 секунди догодило по једно самоубиство, односно да је око 2.200 особа свакога дана извршило самоубиство, што чини 2% укупног морталитета становништва. Процењује се да још најмање пет до десет пута више особа покуша извршење суицида, али преживи. Према статистичким подацима, Србија је једна од европских земаља у којима је број самоубиства у порасту [1].

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се утврде: учесталост самоубиства код којих је мотив било малигно обољење, затим пол и старост особа које су починиле самоубиство, учесталост појединих локализација злоћудних новотворина, као и најчешће место, време и начини извршења суицида у овим случајевима.

МЕТОД РАДА

Анализиран је обдукциони материјал Института за судску медицину Медицинског факултета у Београду из периода 1990-2004. године. Издвојени су случајеви у којима је једини мотив или један од мотива за уништење сопственог живота била злоћудна новотворина. Подаци су добијени анализирањем записника о извршеним судскомедицинским обдукцијама, анамнестичких података добијених од чланова породице особа које су извршиле самоубиство, извештаја истражних органа и постојеће медицинске документације. Критеријум за укључење у истраживање била је сагласност између анамнестичких података добијених од чланова породице, пронађене писане поруке, доступне медицинске документације у којој је наглашена дијагноза малигног тумора и утврђене малигне болести на обдукцији. Подаци су обрађени стандардним статистичким методима.

РЕЗУЛТАТИ

Од 1990. до 2004. године у Институту за судску медицину Медицинског факултета у Београду обрађен је 1.931 случај самоубиства, а неоплазме су биле мотив за извршење самоубиства код 37 особа (1,9% од укуп-

ног броја суицида), од чега 26 мушког пола (70,3%) и 11 женског пола (29,7%). Од 37 самоубица најмлађа особа је имала 33 године, а најстарија 81 годину. Средња вредност (аритметичка средина) старосног доба била је 62,71 годину, са стандардном девијацијом од 12,82 године. Највећи број случајева самоубиства (11 особа; 29,7%) забележен је код особа старих између 71 године и 80 година (Табела 1). Међу мушкарцима највећи број самоубица био је стар између 51 године и 70 година (14 особа; 53,8%), док је међу женама највише било особа старих 71-80 година (пет особа; 45,5%). Код особа оба пола по један случај суицида мотивисан малигнитетом забележен је у старосној групи од 31 године до 40 година. Пропорције према полу обдукованих особа које су извршиле самоубиство не разликују се значајно по градацијама старосног доба ($F=1,199$; $p>0,05$).

У 37 анализираних случајева углавном је била реч о особама које су се лечиле од малигнух тумора. Судскомедицинском обдукцијом код 19 особа (51,3%) је утврђено да је у питању одмакла фаза болести, односно утврђене су метастазе тумора (Табела 2).

Код особа мушког пола мотив самоубиства најчешће је био карцином плућа, који је забележен код шест особа (23,1%), а по учесталости следе тумори простате, који су дијагностиковани код четири особе (15,4%) (Табела 3). Тумори различитих органа дигестивног тракта (дебело црево, желудац) и мокраћне бешике искључиво су били мотив самоубиства код мушкараца. Код жена је карцином дојке као мотив за извршење самоубиства доминирао у односу на оста-

ТАБЕЛА 1. Расподела самоубиства чији је мотив малигно обољење према полу и старости самоубица.

TABLE 1. Distribution of cases with malignant tumours as suicidal motives, according to sex and age of suicides.

Старост (године) Age (years)	Пол Sex		Укупно Total
	Мушки Male	Женски Female	
31-40	1	1	2
41-50	3	3	6
51-60	7	1	8
61-70	7	1	8
71-80	6	5	11
>80	2	0	2
Укупно Total	26	11	37

ТАБЕЛА 2. Распрострањеност малигнуог процеса (постојање метастаза).

TABLE 2. Extensiveness of malignant tumours (presence of metastases).

Пол Sex	Метастазе Metastasis		Укупно Total
	Има Found	Нема Not found	
Мушки Male	14	12	26
Женски Female	5	6	11
Укупно Total	19 (51.4%)	18 (48.6%)	37 (100%)

ТАБЕЛА 3. Локализација малигнух тумора који су били суцидни мотиви према полу самоубице.

TABLE 3. Localization of malignant tumours that were suicidal motive, according to sex of suicides.

Локализација тумора Tumour localization	Пол Sex		Укупно Total
	Мушки Male	Женски Female	
Плућа Lung	6	1	7
Дојка Breast	-	7	7
Дебело црево Colon	5	-	5
Желудац Stomach	3	-	3
Простата Prostate	3	-	3
Мокраћна бешика Urinary bladder	2	-	2
Лимфне жлезде Lymph nodes	-	1	1
Нехочкински лимфом Non-Hodgkin lymphoma	1	-	1
Панкреас Pancreas	1	-	1
Простата и дебело црево Prostate and colon	1	-	1
Грклан Larynx	1	-	1
Једњак Esophagus	1	-	1
Језик (+ паркинсонизам) Tongue (+ Parkinsonism)	-	1	1
Лице Face	1	-	1
Мозак Brain	-	1	1
Ждрело (хипофаринкс) Nuropharynx	1	-	1
Укупно Total	26	11	37

ТАБЕЛА 4. Место извршења самоубиства болесника са малигнитетом.

TABLE 4. Place of committing suicide in individuals with malignant tumours.

Место извршења самоубиства Place of committing suicide	Пол Sex		Број обдукованих случајева Number of autopsies
	Мушки Male	Женски Female	
Сопствени стан Own apartment	20	5	25 (67.6%)
У близини свог стана (на отвореном простору) Outdoors in the vicinity of the own apartment	2	2	4 (10.8%)
На отвореном простору (удаљено од куће) Outdoors far from the own apartment	3	2	5 (13.5%)
Здравствена установа Medical institution	1	0	1 (2.7%)
Туђ стан Other apartment	0	1	1 (2.7%)
Непознато Unknown	0	1	1 (2.7%)
Укупно Total	26	11	37 (100%)

ТАБЕЛА 5. Време извршења самоубиства болесника са малигнитетом.
TABLE 5. Time of committing suicide in individuals with malignant tumour.

Пол Sex	Време извршења самоубиства / Time of committing suicide					Укупно Total
	0-6 h	6-12 h	12-18 h	18-24 h	Непознато Unknown	
Мушки Male	5	2	4	8	7	26
Женски Female	5	1	1	1	3	11
Укупно Total	10 (27.1%)	3 (8.1%)	5 (13.5%)	9 (24.2%)	10 (27.1%)	37 (100%)

ле локализације малигнух тумора, а утврђен је код седам особа (63,6%). Самоубиства због малигнух тумора других локализација забележена су тек у понеком случају.

Најчешће место извршења самоубиства мотивисаног малигнитетом био је стан самоубице (78,4%), с тим што је највећи број суицида извршен у унутрашњости стана, односно куће (67,6%), док је у непосредној близини боравишта самоубиство извршило 10,8% особа (Табела 4). Пет особа (13,5%) је извршило самоубиство на отвореном простору, удаљеном од боравишта (шума, парк, мост и др.), а једна особа га је починила у болници током стационарног лечења.

За 27,1% случајева у нашем истраживању није се могло утврдити време извршења самоубиства. Највећи број суицида за које се могло установити када су се одиграли догодио се у вечерњим и ноћним часовима (24,2% према 27,1%). Знатно мањи број самоубица одузео је себи живот током дана, при чему се нешто већи број суицида збио у послеподневним него у пре-подневним часовима (13,5%; 8,1%) (Табела 5).

Шеснаест особа (43,2%) је извршило самоубиство ватреним оружјем (Табела 6). Овај начин извршења самоубиства искључиво је забележен код особа мушког пола. Вешање је као начин уништења сопственог живота изабрало 12 особа (32,4%), с тим што је код жена ово био најчешћи начин реализације самоубиства (54,5%), и то знатно чешћи него код мушкараца (23,1%). Скок са висине утврђен је код особа оба пола (16,2%), и то код четири мушкараца (10,8%) и две жене (5,4%). За утопљење и тровање као начин самоубијања одлучиле су се искључиво жене. Пропорције случајева обдукованих особа мушког и женског пола се високо значајно разликују по упоређеним градицијама начина извршења самоубиства. Ова значајност разлике условљена је високо статистички значајно већом пропорцијом устрелина, него вешања и утопљења, као начина за извршење суицида, као и значајно већом пропорцијом скока са висине него утопљења, односно устрелина него тровања, као изабраног начина самоубиства ($F=6,271$; $p<0,01$; $A1-A2$ и $A1-A4$, $p<0,01$; $A3-A4$ и $A1-A5$, $p<0,05$).

Подаци о усменом најављивању самоубиства добијени су за 26 особа (70,3%). Знатно већа учесталост најаве самоубиства забележена је код особа мушког пола (56,7% према 13,5%). За шест особа чланови породице су тврдили да нису постојале најаве самоуби-

ства, док за пет особа подаци о најавима самоубиства нису добијени.

На основу података добијених од чланова породице и особа блиских самоубици, утврђено је да је пет особа (13,5%) и раније покушало да изврши самоубиство. За 29 самоубица (78,4%) особе од којих су добијени подаци тврдили су да ранијих покушаја суицида није било, док поуздани подаци о оваквим покушајима нису добијени за три особе (8,1%) (Табела 7). Ранијих покушаја самоубиства било је више код особа женског пола (36,4%) него код мушкараца (3,8%). Ова разлика у учесталости претходних покушаја самоубиства у односу на пол је статистички значајна ($\chi^2=5,707$; $p<0,05$). У статистичку анализу није укључена група обдукованих особа за које нису добијени подаци о ранијим покушајима самоубиства.

ТАБЕЛА 6. Начин извршења самоубиства болесника са малигнитетом.

TABLE 6. Method of committing suicide in individuals with malignant tumour.

Начин извршења самоубиства Method of committing suicide	Пол Sex		Број обдукованих случајева Number of autopsies
	Мушки Male	Женски Female	
Устрелине Firearm injuries	16	-	16 (43.2%)
Вешање Hanging	6	6	12 (32.4%)
Скок са висине Jump from height	4	2	6 (16.2%)
Утопљење Drowning	-	2	2 (5.4%)
Тровање Poisoning	-	1	1 (2.7%)
Укупно Total	26	11	37 (100%)

ТАБЕЛА 7. Претходни покушаји самоубиства.

TABLE 7. Previous attempts of suicide.

Пол Sex	Претходни покушаји самоубиства Previous attempts of suicide			Укупно Total
	Да Yes	Не No	Непознато Unknown	
Мушки Male	1	24	1	26
Женски Female	4	5	2	11
Укупно Total	5 (13.5%)	29 (78.4%)	3 (8.1%)	37 (100%)

ДИСКУСИЈА

Појам самоубиства први пут се јавља 1642. године [2], а оснивач српске науке о самоубиству Милован Миловановић [3] дефинише суицид као „свесно и намерно уништење сопственог живота”. Свест и намера о самоубиству могу се реализовати само онда када код дотичне особе постоје и диспозиција и мотив за самоубиство. У савременој суицидологији о диспозицији се говори као о склопу околности које по досадашњим искуствима чине неког потенцијалним кандидатом за самоубиство (одређена структура личности, постојање ситуације растуреног дома у фази формирања и сазревања личности, припадност ризичним групама за самоубиство) [4-6]. Самоубилачки мотиви су чињенице које побуђују на извршење самоубиства. Миловановић [3] их је поделио на ендogene и егзогене. Ендогени мотиви су соматска и психичка обољења, а егзогени афектни проблеми (љубавни, брачни и породични), економски проблеми (осиромашење, незапосленост, губитак службе) и морални проблеми (увређеност, осрамоћеност). Ово је само условна подела, јер су мотиви обично сложени и вишезначни, односно могу се истовремено убројати у две претходно наведене групе или више њих. Изузетно ретко постоји само један мотив, углавном их је неколико, од којих су неки главни, а други споредни, посредни и непосредни [3].

Готово све до сада извршене анализе самоубиства показале су велику учесталост суицида мотивисаних дуготрајним, тешким и неизлечивим соматским обољењима каква су малигнитети [7]. Постојање злоћудне новотворине може да представља значајан мотив, а непосредно сазнање о овом обољењу важан повод за извршење самоубиства [8]. У суицидогеном смислу изузетно је важна чињеница како самоубица субјективно осећа и прихвата та обољења, без обзира на то шта о њима мисли његова околина. Ове особе као мотив за извршење самоубиства не наводе само сазнање да болују од тешке и неизлечиве болести, него и неподношљиве болове, несаницу и неспособност за рад и нормалан живот које је болест изазвала. У вези са суицидогеним утицајем малигнитета може се поставити питање како поуздано утврдити да је неко обољење деловало као мотив самоубиства. Одговор на ово питање даје Миловановић [9]: „Телесно обољење може се сигурно сматрати за суицидни мотив само онда када је оно истовремено анамнестички означено и аутоптички утврђено, односно када постоји сагласност између анамнестичких података и аутоптичког налаза.” Шведски аутори наводе да се малигнитети могу сматрати мотивом самоубиства само ако је дијагноза тумора наглашена у извештају лекара. Од укупно 1.060 случајева самоубиства које су они анализирали, у 14 случајева (2,2%) били су доступни подаци који су јасно указивали на то да је малигно обољење било главни мотив одузимања сопственог живота [7]. На основу претходно наведених критеријума,

у анализираном петнаестогодишњем обдукционом материјалу издвојено је 37 случајева суицида код којих је поуздано доказано да је мотив самоубиства било малигно обољење, што чини 1,9% од укупног броја обдукованих суицида (1.931).

Бројне студије које су истраживале овај проблем наводе да се самоубиства чешће дешавају код особа с тешким телесним обољењем него у целокупној популацији [10, 11]. Супротно овоме, неке студије указују на то да мали број особа с таквим обољењима почини самоубиство. Међутим, сигурно је да су особе с малигним тумором под повећаним ризиком за извршење суицида у односу на општу популацију. Процењује се да је учесталост самоубиства код особа с малигним обољењем од два до десет пута већа него у општој популацији [3, 9]. Многи аутори истичу да самоубиство чешће извршавају особе с узнапредовалим тумором [10, 11]. У нашем материјалу углавном је била реч о особама које су се краће или дуже време лечиле од малигнух тумора, а судскомедицинском обдукцијом у 19 случајева (51,3%) установљена је одмакла фаза болести, односно дијагностиковане су метастазе тумора.

Лекари треба да буду посебно опрезни у односу према болеснику с малигнитетом. Суочавање са дијагнозом малигног процеса код ових болесника често ствара разне проблеме. Сваки болесник жели информације о болести, начину њеног настанка, дијагностичким поступцима, лечењу и прогнози. Лекар треба у сваком конкретном случају да одлучи шта ће и у којем облику да саопшти болеснику. Међутим, лекар никада не може да буде сигуран каква ће бити реакција болесника. Психолошке реакције на обољење не зависе само од структуре личности, већ и од значења које за ту особу има неспособност до које обољење доводи. Утврђено је да болесници лакше прихватају дијагнозу у ранијим фазама болести. По сазнању да болују од неизлечиве болести, код болесника се најчешће јављају депресија, анксиозност и осећај беспомоћности. У каснијим фазама се смењују периоди депресије и периоди када болесник прихвата болест. Управо у овој фази јављају се суицидне идеје [12, 13]. Весел [14] у вези с тим пише: „Лекар мора знати да болесник у природи и тежини обољења може да нађе мотив самоубиства.” За лекаре је важно да знају да саопштење дијагнозе тешких, неизлечивих обољења код болесника може да изазове веома бурну психичку реакцију и да у појединим случајевима провоцира и извршење самоубиства. Ово захтева изузетну одговорност лекара при саопштавању овакве дијагнозе, јер неопрезно дато саопштење може да делује као повод за извршење самоубиства. Лекар који на неприхватљив начин каже болеснику истину о природи његовог морбозног процеса може у извесним ситуацијама чак да се терети за кривично дело навођења на самоубиство. Под навођењем се подразумева да одлука о извршењу суицида још није донета и да се може деловати у правцу њеног доношења.

Пејаковић [15] наводи податак да је у Институту за судску медицину у Београду од 1969. до 1973. године обдуковано 569 случајева самоубиства, а да је у 1,05% мотив суицида било саопштавање природе болести болеснику од стране лекара. У нашем истраживању за две особе добијен је податак од чланова породице самоубице да је лекар неопрезно и на неприхватљив начин саопштио болеснику од чега болује, због чега се болесник одлучио на самоубиство.

За лекаре је важно сазнање да и „страх од болести” може да буде значајан мотив за извршење самоубиства. Ово се односи на случајеве у којима се, према понашању особе, њеним најавама самоубиства или чак у остављеним опроштајним порукама, могло видети да се самоубица плашио да је оболео од тешке и неизлечиве болести. Савић [16] је открио 13 случајева суицида особа мушког пола код којих је постојала сумња да болују од неког малигнитета. Међу анализираним случајевима самоубиства из периода 1973-1977. године Мичићева и сарадници [17] су открили код особа оба пола 6,5% случајева у којима је страх од малигне болести био наведен као суицидни мотив. У нашем испитивању код седам самоубица, од укупно 21 особе код које се као мотив самоубиства наводе разне функционалне тегобе и болови, постојао је страх да болују од карцинома. Обдукција и микроскопски преглед органа нису потврдили малигно обољење због којих је извршено самоубиство. Супротно овоме, у једном случају као мотив за извршење суицида наведена је тешка опструктивна болест плућа, због које се особа дуго лечила, а обдукцијом је откривен карцином плућа. Забележени су и случајеви самоубиства особа које нису имале никакве тегобе, али које су гајиле бојазан да болују или да могу да оболе од неког малигног обољења, будући да су у њиховим породицама забележени смртни случајеви услед малигнитета.

Већина аутора у разним срединама и популацијама уочава да је учесталост извршених суицида већа код мушкараца, што је уочено и у нашем истраживању самоубиства мотивисаних малигнитетима (однос 26:11 или 2,4:1). Гезелијус (*Gezelius*) и Ериксон (*Eriksson*) [7] наводе податке аутора из Финске који процењују да код особа оба пола оболелих од тумора постоји повећан ризик да изврше самоубиство, и то за мушкарце 1,3, а за жене 1,9 пута у односу на општу популацију. Савић [16] наводи податке Алебека (*Allebeck*) и сарадника да је стопа самоубиства код особа оболелих од малигнитета за мушкарце 1,9, а за жене 1,6 пута већа него у општој популацији.

Највећи број самоубиства мотивисаних малигнитетима забележен је код особа старих између 71 године и 80 година. Међу мушкарцима највећи број самоубица био је стар од 51 године до 70 година, а код жена у питању су биле старије особе (71-80 година). Наведени подаци, дакле, упућују на закључак да су малигна обољења као мотив самоубиства много чешћа код особа старијег животног доба.

Код мушкараца најчешћи суицидни мотиви били су карциноми плућа и простате, а код жена карцином дојке. Самоубиства због малигних тумора других локализација забележена су тек у понеком случају. Највећа учесталост самоубиства мотивисаних малигним процесом на плућима може се објаснити, с једне стране, великом учесталашћу овог карцинома у општој популацији, а, с друге стране, касним дијагностиковањем овог малигнитета, тј. постављањем дијагнозе у фази када је могућност ефикасног лечења мала, као и веома израженим и непријатним дијагностичким сметњама које се надовезују на симптоме који су одлика и других малигних процеса, као што су болови, општа слабост и др.

У анализираном узорку самоубиства мотивисаних малигнитетима најчешће место извршења суицида био је стан, односно кућа самоубице или њена непосредна близина (78,4% случајева), што је у складу са подацима за сва самоубиства уопште посматрано. Наиме, најчешће место извршења суицида је стан самоубице, који истовремено обезбеђује како тајност реализације, без присуства других особа, чему тежи већина самоубица, тако и доступност разних самоубилачких средстава. Број јавно изведених самоубиства је мали у односу на скривено извршена [17, 18]. У нашем истраживању само у једном случају самоубиство је извршено у болници, током стационарног лечења због малигнитета.

Анализа суицида обухваћених нашим истраживањем показала је да је у нешто мање од половине случајева самоубиство извршено ватреним оружјем. Овај начин извршења самоубиства забележен је искључиво код особа мушког пола и у овој групи самоубица је бројчано доминирао. Вешање је утврђено у 12 случајева, с тим што је то био најчешћи начин извршења самоубиства код жена. Други начини извршења суицида били су ређи, а установљени су: скок са висине (код особа оба пола), утопљење и тровање (искључиво код жена).

На избор начина извршења самоубиства утичу и одређена обележја технике самоубијања, од којих су најзначајнија доступност средства и могућност брзог, ефикасног и скривеног реализовања суицида. Промене у начину и условима живота настале током времена утицале су и на промену учесталости појединих начина извршења суицида. Некада је у нашој земљи најчешћи начин извршења суицида код жена било тровање натријум-хидроксидом, а после повлачења овог хемијског средства из слободне продаје број ових случајева значајно се смањио [9]. Николић и Димитријевић [1] указују на то да је до 1990. године вешање било најчешћи начин извршења самоубиства (64% случајева). Исти аутори наводе да се 1995. године значајно смањио број самоубиства вешањем (57%). Последњих година забележено је повећање броја самоубиства извршених ватреним оружјем, што је последица веома распрострањеног приватног поседовања ватреног оружја. У складу с овим запажањем је и ра-

није наведени податак о бројчаној доминацији самоубилачких устрелина код мушкараца самоубица у анализираном узорку.

У савременој суицидологији се сматра да најаве и покушаји самоубиства представљају одраз, апел, односно аларм, функције у пресуицидном понашању, кроз које самоубице покушавају да од своје околине траже помоћ (енгл. *cry for help*) у решавању својих животних проблема. На основу података добијених од чланова породице и особа блиских самоубици, за пет особа (13,5%) је утврђено да су раније покушале да изврше самоубиство. За 29 особа (78,4%) је наведено да раније нису покушавале суицид, док поуздани подаци о оваквим покушајима нису добијени у три случаја. Установљена је већа учесталост претходних покушаја самоубиства код жена, што је типично и за сва самоубиства уопште, без обзира на мотивацију. За две особе које су раније покушале самоубиство добијен је податак да су то учиниле само једном, док су за три особе наведена по два покушаја. За разлику од реализованих суицида код особа женског пола, који су углавном извршени вешањем, скоком са висине и утопљењем, покушаји самоубиства најчешће су извођени тровањем, и то углавном лековима.

Биро [5] сматра да се телесна обољења углавном јављају као фактор код извршеног самоубиства, а врло ретко код покушаја самоубиства, што указује на њихов стварни суицидогени значај. У складу с тим је и податак установљен овим истраживањем о малом броју ранијих покушаја суицида код особа које су самоубиство извршиле због малигнитета, што говори у прилог чињеници да је код ових особа управо постојање малигног процеса било главни, ако не и једини, суицидни мотив. Изостанак ранијих покушаја суицида може се објаснити тиме да код ових особа до оболевања од малигнитета нису постојале такве животне ситуације које су могле играти улогу мотива за извршење суицида.

За разлику од малог броја претходних покушаја суицида, подаци о усменом најављивању самоубиства добијени су за 26 особа (70,3%). Своје суицидне намере особе оболеле од малигнитета испољавале су у неколико наврата, углавном се обраћајући члановима породице, а веома ретко и особама ван породичног круга (пријатељима, комшијама). Велика учесталост најаве суицида говори у прилог апелу и позиву за помоћ који тешко оболела особа упућује околини у тешкој животной ситуацији насталој услед оболевања од малигног тумора. Нажалост, бројни подаци из литературе говоре о томе да најаве самоубиства, најчешће од стране особа из окружења самоубице, нису озбиљно схваћене као наговештај могућег извршења самоубиства [3], што је забележено и код већине самоубица из нашег истраживања.

ЗАКЉУЧАК

Основна обележја анализираних узорка самоубиства мотивисаних малигним обољењем су доминација особа мушког пола, старост преко 70 година, највећа учесталост малигнух тумора плућа код мушкараца и дојке код жена. Највећи број самоубиства одиграо се у ноћним часовима, а најчешће место извршења суицида био је сопствени стан. У већини случајева самоубиство је извршено ватреним оружјем, док су други начини извршења били много ређи.

Према проблему малигнитета као потенцијалног суицидног мотива лекари не смеју да се односе уопштено, примењујући у случајевима тешких и неизлечивих болести исти начин комуникације са свим оболелим особама. Морају показати максимално интересовање за болесника и никада га не смеју посматрати искључиво као број. Болесници углавном желе да буду упознати са свим подацима о болести. Стога им на прихватљив начин треба објаснити природу болести, прогнозу и начине њене контроле. Сматра се да око 95% лекара саопштава праву дијагнозу и на тај начин прихвата и могућност да та истина може да постане повод за доношење одлуке о самоубиству. Дијагнозу не треба директно саопштити уколико лекар процени да болесник неће поднети истину о сопственој болести. Лекар мора с истом опрезношћу да се обрати и породици оболеле особе. Реаговања породице, родбине и пријатеља од великог су значаја за болесника. Болесници са карциномом често бивају одбачени и од породице и од средине у којој живе и раде. Породица болесника може имати велики значај у спречавању самоубиства мотивисаног малигним обољењем, те чланови породице треба да обезбеде болеснику такву животну атмосферу у којој се он неће осећати усамљено и одбачено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nikolić D, Dimitrijević D. Zadesi, samoubistva, ubistva. Nasilna smrt u Jugoslaviji 1950-2000. Beograd: Ars Libri; 2000.
2. Alvarez A. Okrutni Bog. Beograd: Nolit; 1975.
3. Milovanović M. Sudska medicina. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1982.
4. Kapamadžija B, Šovljanski M, Biro M. Osnovni medicinske suicidologije. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1990.
5. Biro M. Samoubistva – psihologija i psihopatologija. Beograd: Nolit; 1983.
6. Kapamadžija B. Suicidogeni faktori (dispozicija, uzroci, motivi, povod). II Jugoslovenski simpozijum o prevenciji samoubistava. Galenika; 1976.
7. Gezelius C, Eriksson A. Neoplastic disease in a medicolegal autopsy material. A Retrospective Study in Northern Sweden. Z Rechtsmed 1988; 101:115-30.
8. Knight B. Forensic Pathology. London-Melbourne-Auckland: Edward Arnold, A Division of Hodder & Stoughton; 1996.
9. Milovanović M. Samoubistvo. Beograd: Naučna knjiga „Scientia”; 1929.

10. Whitlock FA. Suicide, cancer and depression. *Br J Psychiatry* 1978; 132:269-74.
11. Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicides by cancer patients in Sweden, 1973-1976. *J Psychosoc Oncol* 1985; 3:31-52.
12. Oprić M. Pacijent sa kancerom. In: Oprić M, Oprić D, Granić M, Babić M, Mujkanović N. *Opšta onkologija*. Beograd: Elit medica; 2004. p.243-261.
13. Marić J. Liezon-konsultativna psihijatrija. In: Marić J. *Medicinska etika*. Beograd: Barex; 1998. p.198-206.
14. Vesel J. *Medicinska psihologija sa psihopatologijom*. Beograd: Viša medicinska škola; 1978.
15. Pejaković S. Navođenje na samoubistvo i pomaganje u samoubistvu. In: Pejaković S. *Sudskomedicinska ekspertiza i lekarska greška pred društvom i sudom*. Beograd: Naučna knjiga; 1991. p.96-107.
16. Savić S. *Sudskomedicinske karakteristike samoubistva muškaraca [doktorska disertacija]*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 1992.
17. Mičić S. *Studija samoubistava žena, specifičnost načina izvršenja, motiva i uticaja egzogenih i endogenih faktora [doktorska disertacija]*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 1970.
18. Pandurović S, Jokanović D, Simić I. Samoubistva i pokušaji samoubistva na području Beograda u 1968. godini. *Med Glas* 1972; 3:102-7.

MALIGNANT DISEASES AS SUICIDAL MOTIVES

Ljiljana BOGDANOVIĆ¹, Slobodan SAVIĆ², Gordana BASTA-JOVANOVIĆ³

¹School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade;

²Institute of Forensic Medicine, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade;

³Institute of Pathology, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade

INTRODUCTION Suicide is a conscious and intentional destruction of one's own life, which occurs as a result of mutual influence of a person's disposition and motives (facts inspiring the commitment of suicide). It is well known that various diseases, including malignancies, could be important and in some cases the only motive for committing suicide.

OBJECTIVE The purpose of the study was to analyze in detail suicides of persons whose only motive was an established malignant disease.

METHOD The analysis was performed using the autopsy material of the Institute of Forensic Medicine, School of Medicine, University of Belgrade, during the period from 1990 to 2004. The reports on performed medico-legal autopsies were used, as well as history data obtained from the family members of suicidal persons, investigation reports and the available medical documents.

RESULTS In 1931 cases there was established suicidal nature of a violent death. Neoplasms were the suicidal motive in 37 persons (1.9%). The basic characteristics of the analyzed sample were predominance of males (26:11, ratio 2.4:1), the age of over 70 years and the highest incidence of malignant lung and breast tumours. Almost all cases were the persons who underwent treatment for malignant neoplasms over a longer period of time. During 19 autopsies (51.3% out of 37), a progressive phase of malignancy was established, i.e. metastases. The data on prior oral announcement of suicide intention were obtained for 70.3% (26 cases), and on previous

suicidal attempts only for 13.5% (5) cases. In the majority of cases (78.4%) the place of committed suicide was the person's home. In 16 cases (43.2%) the suicide was committed with a firearm. Hanging as a manner of destroying one's own life was chosen by 12 persons (32.4%), while other ways were less frequently used.

CONCLUSION Although malignancies were not present with high incidence as a suicidal motive in our analyzed sample, such cases require particular care of health workers in order to enable the application of adequate measures in the prevention of suicides in persons with malignant diseases. The suicide analyses performed so far indicated that a malignant disease was the motive. Doctors have to show maximal interest for the patient. Prevention is crucial, so the patient should be provided with such surroundings in which the person will not feel alone and abandoned.

Key words: malignancy; suicide; forensic medicine

Slobodan SAVIĆ
 Institut za sudsku medicinu
 Medicinski fakultet
 Deligradska 31a, 11000 Beograd
 Tel.: 011 2682 522
 Faks: 011 2641 140
 E-mail: brana.s@eunet.yu