

Originalni rad

Analogija destruktivnosti kod suicida i homicida

Milan Novaković¹, Snežana Medenica¹, Milan Kulić¹,
Dragan Jovanović¹, Zlatko Maksimović¹, Igor Novaković²

¹Medicinski fakultet Foča, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Foča,
Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

²Služba opšte medicine, Dom zdravlja Bijeljina, Republika Srpska,
Bosna i Hercegovina

Kratak sadržaj

Uvod. Destruktivnost u agresivnom ponašanju se interpretira multikauzalno, a psihijatrijski uzroci su biološke, socijalne i psihopatološke prirode. Cilj je ispitivanje uništavanja života u formi suicida i homicida u Bosni i Hercegovini u periodu od 01. 01. 2001. do 31. 12. 2010.

Metode. Studija ima multicentričnu, retrospektivnu formu. Mjerni instrumenti su bili: lista opštih podataka, Hamiltonova skala (HAMD), profil indeks emocija (P.I.E-Plutchik R.) i postmortem SSIPA-intervju sa deskriptivnom i multivarijantnom statističkom analizom.

Rezultati. Multivarijantna regresiona analiza je pokazala da su sljedeće varijable značajno povezane sa suicidom: starost [OR= 0,810 (95%), CI= 0,770 - 1,100, P=0,003]; migracije [OR=0,830 (95%), CI = 0,825 -1,125, P=0,001]; depresija [OR=1,150 (95%); CI=0,790-0,990, P=0,001] i destruktivnost na P. I. E. testu. Sa homicidom su značajno povezane sljedeće varijable: edukacija oca [OR=0,910 (95%), CI=0,620-1,100, P<0,001], život u blizini mjesta zločina [OR=0,630 (95%), CI=0,970-0,910, P<0,001]; predgrađu [OR=0,850 (95%), CI = 0,930 -1,25, P<0,001]; destruktivnost [OR= 0,670 (95%), CI= 990-1,210, P<0,001]; inkorporacija, orijentacija i bias na P. I. E testu.

Zaključak. Studija je potvrdila porast destruktivnosti kod agresivnog ponašanja u suicidu i homicidu u Bosni i Hercegovini, što ima medikolegalni značaj. Studija ukazuje i na socijalne i psihopatološke odlike počinitelja agresivnosti u Bosni i Hercegovini.

Ključne riječi: destruktivnost, ponašanje, suicid, homicid, Bosna i Hercegovina

Uvod

Faktori rizika za agresivno ponašanje i destruktivno ispoljavanje nalaze se u odlikama lične prošlosti i aktuelne kliničke slike [1]. Faktori rizika u ličnoj prošlos-

ti su: ponavljano nasilno ponašanje, loši uzori, nestabilnost u primarnoj i sekundarnoj porodici, nezaposlenost, uzimanje psihoaktivnih supstanci (PAS). Navode se i poremećaji ličnosti (antisocijalni) i teški mentalni poremećaji sa su-

Adresa autora:
Prof. dr Milan Novaković
St. V Putnika 7, 76 300 Bijeljina
milanoovbn@gmail.com

manutošću i halucinacijama. [2].

U kliničkoj slici destruktivno ponašanje sadrži: nepostojanje uvida u duševno zdravlje, liječenje i socijalne i pravne posljedice [2]. Težina kliničke slike mentalnog poremećaja ima kliničke znake koji daju gubitak kontrole nad ponašanjem i doživljaj ugroženosti, impulsivnost, rezistentnost na tretman i bez pomoći socijalne sredine [3].

Suicid je čin namjernog samouništenja života, koji čini osoba koja zna kakav je ishod čina [4] i individualna je ljudska i društvena pojava stara kao i čovjek [5]. Forme suicidalnog ponašanja zavise od biološkog i psihosocijalnog stanja ličnosti i uticaja aktuelnih životnih događaja [6]. Pokušaj suicida je akt koji lice izvodi u namjeri da sebi oduzme život [7], a koji se ne završava uvijek suicidom [8,9]. Suicidalne ideje i tendencije ne javljaju se uvijek prije pokušaja suicida [10,11].

Homicid analiziraju eksperti više naučnih disciplina kao akt trajnog lišavanja života drugog čovjeka i kao multikauzalni čin [12,13]. U ratu je homicid dio personalne impulsivnosti uz fanatizaciju i/ili abuzus psihoaktivnih supstanci (PAS) [14]. Homicid čini cijela ličnost [14] što daje motivacionu energiju [15-19].

Bosna i Hercegovina je 1991. godine imala oko 5 100 000 stanovnika, a sada ima oko 3 840 000. Broj ratnih veterana je oko 250 000 u Federaciji BiH, Republici Srpskoj i Distriktu Brčko [20]. Destrektivnost počinilaca se u odnosu suicid-homicid u Bosni i Hercegovini kreće od 3.30, 2004. godine do 7.80, 2010. godine. To su približni rezultati i u zemljama u tranziciji [21]. U Bosni i Hercegovini je poratno obrađivan stres, destraktivnost [3], nasilje [22], suicid [5] i parasuicid [7].

Cilj je da se procijeni destraktivnost lica koja su počinila suicid i homicid u Bosni i Hercegovini u periodu 01. 01. 2001 do 31.12. 2010 godine. Hipoteza je da destruktivno ispoljavanje kod suicida i homicida u Bosni i Hercegovini u periodu između 01. 01. 2001. do 31.12. 2010 ima medikolegalni značaj. Suicid i homicid su produkti dva seta: "proces izvođenja i procesa upravljanja" koji rezultiraju u tendenciju unutrašnje krivice suicidom, a u tendenciji spoljašnje krivice homicidom [23, 24].

Metode rada

U studiji su upoređene jednake grupe suicida i homicida u (po)ratnom periodu u Bosni i Hercegovini. Kriterijum za formiranje uzoraka je nasilni prekid života: suicid i homicid. Formiranje uzoraka je istraživačko, a sekundarni podaci su iz zdravstvenih institucija u Bosni i Hercegovini, MUP-a, statističkih zavoda u Bosni i Hercegovini. Lica su imala socijalnu, psihološko-psihijatrijsku obradu i za formiranje uzorka je korišćena stratifikacija po destraktivnosti. Studija ima dozvolu Etičkog i Forenzičkog komiteta Bosne i Hercegovine.

Uzorci ispitanika. Od lica koja su učinila suicid ispitano je 375 lica sa više od pet pokušaja suicida i koji su testirani premortalno u kliničkom radu. Psihološka autopsija i definitivna obrada lica je urađena nakon pravno utvrđenog suicida. Kriterijum za uključivanje u rad je dokazan suicid nakon pet pokušaja suicida uz visok suicidalni rizik. Premortalna obrada kod 375 lica je rađena po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10-MKB-10 [25]. Suicidalni uzorak je kohortan iz populacije Bosne i Hercegovine sa prosječnim uslovima življenja i čini ga 100 lica. Iz grupe suicida je isključeno 125 lica zbog religijskih sankcija i 150 lica zbog neupotrebljivih rezultata nakon psihološke autopsije [26, 27].

Od lica koja su počinila homicid ispitivano je 315 lica koja su imala najmanje jedno pravno dokazano i sankcionisano ubistvo. Forenzička obrada je bila definitivna i uključivala je svu validnu dokumentaciju i kriminalističku obradu. Uz socijalnu, psihološko-psihijatrijsku obradu, vinovnici su sankcionisani prema Krivičnim zakonima Bosne i Hercegovine [28]. Homicidalni uzorak je dijelom kohortan iz populacije Bosne i Hercegovine sa prosječnim uslovima življenja i čini ga 100 lica. Ispitanici su počinili: obično ubistvo (n= 67), kvalifikovano, (n= 18), višestruka ubistva (n= 6), ubistva intimnog partnera (n=5 lica) i filicid (n= 4). Kohortnost grupe je postignuta i stratifikacijom u težini akta. Iz rada je isključeno 115 lica zbog loše forenzičke obrade i 100 zbog loše saradnje.

Metode. Studija agresivnog ponašanja je poređenje destraktivnosti kod suicida i homicida kao multicentrična retrospektivna u

Bosni i Hercegovini u periodu 01.01.2001. do 31.12.2010. godine, a istraživanje je završeno 2010. godine. Rad je prvi te vrste u Bosni i Hercegovini, kao originalno istraživanje, a atributivna i numerička obilježja su: socio-demografski podaci, (po)ratni i tranzicioni profil lica koja su učinila ispoljavanje destruktivnosti u izvršenju suicida i homicida.

Mjerni instrumenti. U istraživanju su korišćeni sljedeći mjerni instrumenti:

1. Lista opštih podataka (LOP) je upitnik konstruisan za ovu studiju. Socio-demografska pitanja su: pol, godine, zaposlenje, edukacija, brak, zanimanje, psihijatrijska i kriminalistička istorija. Dio upitnika sadrži migracije, mjesto življenja, hereditet, gubitak u ratu, nasilje u porodici i mogući recidiv ubica [25, 29].

2. Hamiltonova skala depresivnosti (HAMD) ima 21 pitanje. Skor HDRS je: 0-8, bez depresivnosti; 8-17 mala depresivnost, 17-24, umjerena depresivnost; preko 24 je izražena depresivnost. Ajtemi su u 5 grupa: 1. depresija, 2. anksioznost/agitacija, 3. kognitivni poremećaji, 4. retardacija i 5. vegetativni poremećaji uz HDRS-total [30].

3. Profil indeks emocija (P.I.E). Varijante ponašanja za profil indeks emocija su 1. inkorporacija - ZNINC, 2. zaštita - ZNPRO, 3. orijentacija - ZNORI, 4. lišavanje - ZNDEP, 5. odbacivanje - ZNREJ, 6. istraživanje - ZNEXP, 7. destruktivnost - ZNDES, 8. reprodukcija - ZNREP, 9. Bias - ZNBIA [31].

4. SSIPA test ima četiri grupe pitanja: 1. precipitanti i stresori, 2. motivacije, 3. smrtnost, 4. namjera sa nekoliko pitanja koji se rade u psihološkoj autopsiji [32].

5. Relevantna medicinska dokumentacija.

6. Kompletan forenzički spis za pojedine ispitanike.

Statistička obrada. U analizi podataka korišćene su deskriptivne statističke metode: mjere centralne tendencije (aritmetička sredina), mjere varijabiliteta (standardna devijacija) i relativni brojevi (pokazatelji strukture). Deskriptivnom analizom je urađena validnost razlike između grupnih dimenzija na HAMD

za znake depresivnosti, a na P.I.E testu su mjere bazičnih emocija i agresivnosti.

Od metoda za testiranje statističkih hipoteza korišćen je hi-kvadrat test i analiza varijanse. Za analizu odnosa vremena i stopa suicida i homicida korišćen je multivarijantni regresioni model. Hipoteze su testirane na nivou statističke značajnosti od 0,05. Statistička obrada je rađena uz korišćenje "SPSS" statistical software 10.0: SPSS Inc, Chicago, IL, USA [33].

Rezultati

Suicid vrše muška lica 73%, samci 63%, uz značajan gubitak 61%, nezaposlenost 79%, prinudna preseljenja 79%, suicidalni hereditet 74% uz $P = 0,001$. U grupi 69% lica su imala psihijatrijske dijagnoze po MKB-10: F00-09 - demencije 2%; PAS F10-19- 17%; F20-29- shizofrenija 36%; F30 -manija 1%; F31- B-P afektivni poremećaj 22.0%; F32-33 - unipolarna depresija 20%, ostalo 2%. Najčešći načini izvršenja suicida su: vješanjem 40%, vatrenim oružjem 35%, trovanjem lijekovima i psihoaktivnim supstancama 23% i drugi načini 2%.

Homicid čine više muškarci 83% iz predgrađa 57%, uz slabiju edukaciju roditelja. Psihijatrijske dijagnoze su imali 69% ubica i sa izmjenjenim ponašanjem, a najčešće PL 66%, akutna psihotična stanja 4% i psihoaktivne supstance (PAS) 30%. Homicid je instiktivno-afektivni 68%, voljni 28% i psihotični 4%.

U posmatranom periodu se povećava odnos muško/žensko sa većim učešćem muškaraca nego žena u suicidu i homicidu uz signifikaciju $P = 0,001$. Signifikantan je ($P = 0,001$) odnos suicid/homicid (S/H) koji raste (po)ratno u Bosni i Hercegovini od 3,3 na 100000 stanovnika u 2004. godini do 7,8 na 100000 stanovnika u 2010. godini.

Analizom depresivnosti kod suicida je izražena razlika u depresiji ($P = 0,001$), kogniciji ($P=0,003$) i retaradaciji ($P=0,002$). Homicidanti imaju signifikatnost u anksioznosti ($P = 0,050$) i vegetativnim poremećajima ($P = 0,005$).

Tabela 1. Analiza socio-demografskih podataka

Pitanje	Suicid n =100	Homicid n =100	χ^2 *	P**	OR	CI	
						Lower	Upper
			5,235	0,005	1,87	1,11	2,83
2. Godine (sr. vr. St \pm dev.)	69,80 \pm 2,60	55,10 \pm 1,70	9,369	0,003	0,88	0,79	0,98
3. Godine tertmana	7,15 \pm 1,80	3,10 \pm 1,90	13,248	0,001	0,87	0,67	0,99
4. Bračno stanje: samac-a/oženjen	63/37	52/48	11,131	0,001	1,12	0,32	2,38
5. Religioznost	44/56	23/27	4,874	0,175	0,86	0,87	0,99
6. Značajan gubitak	61/39	73/77	17,478	0,001	0,95	1,14	2,65
7. Školovanje: >8; 12>12	45/40/15	56/33/11	3,987	0,001	0,91	0,67	1,21
8. Posao: nezaposlen/ostalo	79/21	66/34	4,589	0,001	0,97	1,15	2,99
selo	23	12	9,478	0,001	0,89	0,94	1,15
Naselje: grad	20	68	2,118	0,067	0,86	0,89	0,96
predgrađe	57	30	33,103	0,001	0,88	0,97	1,15
10. Školovanje oca:<8; 2; >12	63/25/2	71/24/5	11,018	0,001	0,83	0,45	1,49
11. Posao oca: radnik/ostalo	73/27	51/49	8,347	0,001	1,89	0,97	2,98
12. Školovanje majke:<8; 12; >12	79/20/1	88/10/2	7,280	0,015	0,42	0,27	0,73
13. Posao majke: domaćica/ostalo	87/13	78/22	6,112	0,080	0,81	0,54	0,72
14. Život u blizini mjesta delikta	77/23	85/15	5,540	0,001	0,54	0,81	0,95
15. Preseljenja	79/21	56/44	14,874	0,001	0,79	0,72	0,91
16. Nasljedstvo: suicid/homicid	74/26	55/45	27,475	0,011	0,80	0,33	0,55
17. Saradnja	59/41	23/77	5,470	0,051	0,83	0,88	1,15
18. Raspad porodice	63/37	55/35	8,347	0,001	1,89	0,97	2,98
19. Ranije mentalne bolesti: da/ne	69/31	56/44	13,103	0,011	0,87	1,15	1,91
20. Pokušaj > od 5.	58	24	14,391	0,001	0,97	0,95	1,97
suicida/ < od 5.	2	61	7,751	0,003	0,65	0,54	1,73
homicida < od 10.	40	15	6,678	0,032	0,71	0,58	1,19

*Chi squer test

§ nivo značajnosti kod univarijantne logističke analize

Tabela 2. Odnos suicida (S) i homicida (H) i odnosi po polu u destrktivnosti u periodu od 2001. do 2010. godine

Godine	Suicid M/Ž odnos	S/H odnos	Homicid M/Ž odnos	P	OR	CI vs: S/H odnos	
						Lower	Upper
2001	2,50	4,68	2,39	0,001	0,53	0,230	0,560
2002	2,77	4,05	2,50	0,001	0,67	0,340	0,790
2003	2,92	4,72	4,29	0,001	0,71	0,430	0,710
2004	2,30	3,30	4,72	0,001	0,08	0,560	0,690
2005	2,23	5,90	5,11	0,001	0,91	0,435	0,557
2006	2,16	7,67	4,00	0,001	0,91	0,790	0,870
2007	2,48	7,50	2,60	0,001	0,09	0,490	0,590
2008	2,51	6,60	4,30	0,001	0,95	0,750	0,940
2009	2,50	7,77	4,35	0,001	0,71	0,765	0,915
2010	2,52	7,80	5,10	0,001	0,73	0,880	0,975

Prikazan je broj na suicida, odnosno homocida na 100.000.stanovnika

Suicidalna grupa ima veću depresivnost od 24 kod 51 lica; 17 - 24 kod 30 lica i manja od 17 kod 19 lica. Homicidalna grupa ima depresivni skor veći od 24 kod 8 lica, 17-24 kod 22 lica, 8 - 17 kod 20 lica i manji od 8 kod 50 lica. Razlika između grupe suicida i grupe homicida na HAMD -total je OR= 0,810 (95%); CI = 0,710 - 0,930 i P <0,005.

Na P. I. E. testu u grupi suicida sa P=0.001 su izraženi: lišavanje [OR= 0,630 (95%), CI=0,991-1,750] i odbacivanje [OR=0,820 (95%), CI= 0,870-0,985], a u homicida su izraženiji sa signifikacijom: P<0,001 destruktivnost [OR= 0,560 (95%), CI= 1,197-1,325,]; inkorporacija [OR= 0,610 (95%), CI=0,970-1,250], orijentacija [OR= 0,770 (95%), CI=0,910-1,215,] i bias [OR= 0,645 (95%), CI=0,755-1,010].

Na SSIPA testu u grupi suicida sa statističkom značajnošću od P=0,001 motivacija

($\chi^2= 150,114$, $df= 7$), namjera ($\chi^2= 157,003$, $df= 5$), pa smrtnost ($\chi^2= 115,759$, $df=4$), a stresori sa P= 0,001 ($\chi^2= 95,747$, $df=4$) su izraženiji u grupi homicida.

Multivarijantna regresiona analiza je pokazala da su sljedeće varijable značajno povezane sa suicidom: starost [OR= 0,810 (95%), CI= 0,770 - 1,100, P=0,003]; migracije [OR=0,830 (95%), CI = 0,825 -1,125, P=0,001]; depresija [OR=1,150 (95%); CI=0,790-0,990, P=0,001] i destruktivnost na P. I. E. testu. Sa homicidom su značajno povezane sljedeće varijable: edukacija oca [OR=0,910 (95%), CI=0,620-1,100, P<0,001], život u blizini mjesta zločina [OR=0,630 (95%), CI=0,970-0,910, P<0,001]; predgrađu [OR=0,850 (95%), CI = 0,930 -1,25, P<0,001]; destruktivnost [OR= 0,670 (95%), CI= 990-1,210, P<0,001]; inkorporacija, orijentacija i bias na P. I. E testu.

Tabela 3. Rezultati analize depresivnosti ispitanika i odnosi suicid/homicid (HAMD)

Varijable	Suicid	Homicid	P	OR	CI	
					Lower	Upper
Depresija	3,10±0,40	0,30±0,20	0,001	1,15	0,725	7,700
Anksioznost	1,40±0,50	2,25±0,35	0,005	0,98	0,870	0,990
Kognitivni poremećaji	1,60±0,50	0,30±0,20	0,002	0,98	0,780	0,930
Retardacija	1,90±0,40	0,45±0,30	0,002	1,19	0,840	1,180
Vegetativni poremećaji	1,15±0,22	2,40±0,20	0,005	0,95	0,810	0,970
HAMD- ukupno	53,71±7,10	23,97±5,10	0,005	0,81	0,710	0,930

P = nivo značajnosti kod univarijantne logističke analize

Tabela 4. Destruktivnost suicidanata i homicidanata u analizi emocionalnih profila (P.I.E)

Pitanje	Suicid	Homicid	P	OR	CI	
					Lower	Upper
Inkorporacija	32,08±2,22	39,61±2,81	0,001	0,610	0,970	1,250
Zaštita	27,38±3,47	46,12±3,22	0,002	1,309	1,102	1,555
Orijentacija	31,15±1,88	48,55±2,77	0,000	0,770	0,910	1,250
Lišavanje	55,15±1,85	63,35±1,20	0,041	0,630	0,995	1,755
Odbacivanje	57,13±1,69	39,03±1,89	0,003	0,820	0,870	0,980
Istraživanje	28,46±1,81	37,56±1,73	0,032	0,550	0,750	1,745
Destruktivnost	62,40±2,15	67,20±3,15	0,001	0,560	1,197	1,325
Reprodukcija	33,05±2,71	39,83±2,13	0,329	1,095	0,905	1,250
Bias	35,45±1,32	48,26±3,87	0,009	0,645	0,755	1,010

P = nivo značajnosti kod univarijantne logističke analize

Tabela 5. Analiza odnosa ispitanika na psihološkoj autopsiji (SSIPA)

Varijable		Suicid	Homicid	P	OR	CI	
						Lower	Upper
Precipitanti i stresori	1. Neposredan događaj?	1,01±0,91	1,07±0,71	0,001	0,71	0,87	0,91
	2. Stres-afektivna reakcija?	0,89±0,91	1,75±0,70	0,001	0,71	0,83	0,97
	3. Drugi događaji i suicid/homicid?	1,10±0,89	1,93±0,68	0,001	0,75	0,78	0,94
	4. Konačna odluka	0,99±0,80	1,87±0,65	0,001	0,61	0,87	0,91
Motivacija	1. Psihički uticaji u životu?	1,86±0,80	0,82±0,97	0,001	0,62	0,71	0,96
	2. Psihosocijalno okruženje?	1,79±0,67	0,93±0,94	0,001	0,60	0,72	0,96
	3. Bio - psiho - socijalna disfunkcija?	2,34±0,84	1,15±1,03	0,056	0,56	0,75	0,97
	4. Karakterne crte za suicid?	1,77±0,68	0,89±0,92	0,001	0,55	0,75	0,97
	5. Porodica i hereditet?	1,55±0,74	0,68±0,88	0,001	0,65	0,91	1,16
	6. Drugi razlozi za suicid?	1,59±0,67	1,10±0,74	0,001	0,51	0,40	0,60
	7. Konačna odluka	1,93±0,88	0,75±0,91	0,001	0,65	0,95	1,21
Smrtnost	1. Korišćen smrtonosan metod?	1,83±0,88	0,75±0,91	0,001	0,65	0,95	1,21
	2. Da li je metod samo-nanijet?	1,13±0,70	0,49±0,71	0,001	0,51	0,53	0,73
	3. Procjena smrtonosnosti metoda?	1,40±0,77	0,55±0,78	0,001	0,56	0,73	0,95
	4. Da li je metod bio dostupan?	2,00±0,92	0,81±0,91	0,001	0,60	1,06	1,32
	5. Konačna odluka	1,49±0,74	0,65±0,86	0,001	0,59	0,71	0,95
Namjera	1. Svjesna uloga u suicidu?	1,32±0,69	0,61±0,76	0,001	0,53	0,60	0,81
	2. Verbalni i/ili bihevioralne znaci?	1,21±0,69	0,65±0,76	0,001	0,53	0,45	0,65
	3. Aktivnosti u životnom stilu?	1,10±0,63	0,57±0,66	0,001	0,47	0,43	0,62
	4. Pripreme za suicid/homicid?	0,88±0,59	0,32±0,52	0,001	0,40	0,47	0,63
	5. Izbor: mjesto, vrijeme, dan, metod?	0,93±0,66	0,46±0,60	0,001	0,45	0,38	0,56
	6. Da li alturistički suicid?	0,93±0,66	0,46±0,60	0,001	0,45	0,38	0,56
	7. Drugi dokazi za namjere?	0,93±0,66	0,46±0,60	0,001	0,45	0,38	0,56
	8. Konačna odluka	0,93±0,66	0,46±0,60	0,001	0,45	0,38	0,56

P = nivo značajnosti kod univarijatne logističke analize; Chi squer test;

Diskusija

Prvi rezultat u radu je više muškaraca a manje žena u grupi suicida i grupi homicida. Suicid vrše češće usamljeni, uz značajan gubitak, nezaposlenost, migracije, suicidalni hereditet. U grupi suicida su 69% lica imala psihijatrijske dijagnoze. Načini izvršenja suicida su: vješanjem 40%, vatrenim oružjem 35%, trovanje lijekovima i psihoaktivnim supstancama (PAS) 23% i drugi načini 2%.

Hronična suicidalnost je u radu predstavljena kao parasuicidalno ponašanje u vidu pokušaja suicida i do 5-10. puta. Hronično suicidalno ponašanje, kada se ne nalaze aktuelne suicidalne ideje i tendencije najčešće je kod nekih poremećaja ličnosti [34, 35]. U nekim radovima se predlaže što kraći boravci u klasičnim psihijatrijskim ustanovama. U terapijskom smislu uz psihofarmakoterapiju

aplikuje se i psihoterapijske tehnike [36, 37]. U našim uslovima se nesporno nalazi hronično parasuicidalno ponašanje. Uključivanje u duže hospitalne tretmane nije ni moguće zbog manjka posteljnog fonda u klasičnim psihijatrijskim ustanovama. Tretman u vanbolničkim uslovima i dnevnim bolnicama je kod nas u najvećoj ekspanziji i time čini održivim psihijatrijsko liječenje.

Homicid čine više muškarci 83% iz predgrađa 57%, uz slabiju edukaciju roditelja. Psihijatrijske dijagnoze je imalo 69% ubica i sa izmijenjenim ponašanjem, a najčešće PL 66%, akutna psihotična stanja 4% i PAS od 30%. (Tabela 1).

U Bosni i Hercegovini u poratnom dobu broj lica sa izraženim PTSP-om bio je do 70%, i češće, nasilje u porodicama [20]. Povećan broj parasuicida kod mladih, i češće, destruktivno ponašanje kod mentalno normalnih lica [7]

daje podatke koji potvrđuju dio hipoteze da se suicid i homicid u različitim pravcima rezultantno završavaju najmanje jednom nasilnom smrću zbog „poremećaja u porodici i društvene nejednakosti“ [19, 22].

Stope odnosa suicida i homicida se poratno kreću u Bosni i Hercegovini od 3,30 2004. godine do 7,80, 2010. godine. Veći skor odnosa suicid-homicid je sekundarni psihotraumatizam koji daje autodestrukciju [11, 19]. Trend homicida potvrđuje prethodne teze i daje argumente da udaljavanjem od rata odnos muško-žensko postaje veći. Žene u grupi homicida čine filicid post-partalno bez prijete uz redovan kriminalistički protokol. U radu kod žena ubica nalazi se abuzus supstanci, znaci neuroza i poremećaja ličnosti. Žene čine instiktivno-afektivna ubistva i nikad iz koristoljublja [11, 36]. Homicid je instiktivno-afektivni 68%, voljni 28% i psihotični 4%.

U Bosni i Hercegovini u poratnom dobu broj lica sa izraženim PTSP-om bio je do 70%, i češće, nasilje u porodicama [20]. Povećan broj parasuicida kod mladih, i češće, destruktivno ponašanje kod mentalno normalnih lica [7] daje podatke koji potvrđuju dio hipoteze da se suicid i homicid u različitim pravcima rezultantno završavaju najmanje jednom nasilnom smrću zbog „poremećaja u porodici i društvene nejednakosti“ [19, 22].

HAMD rezultati govore da suicidi imaju veću depresivnost od 24 kod više od 1/2 lica i umjerenu u 1/3 lica, a kod ostalih suicida depresivnost je značajna. Grupa homicida ima depresivni skor manji od 8 u 50%, umjeren kod 1/4 i malo izražen kod 1/4 lica. Signifikacija $P=0.001$ na HAMD-ukupno je izraženija u suicidu (Tabela 3).

Na P.I.E. testu u grupi suicida sa $P=0,001$ su izraženi: opozicionalnost i lišavanje, a u grupi homicida sa $P<0,001$ je izraženija destruktivnost, inkorporacija, orijentacija i bias (Tabela 4).

Na SSIPA testu prikazano je u grupi suicida postmortalno stanje psihološke autopsije. Značajnost sa pragom $P=0,001$ pokazuje motivacije, namjere i smrtnost. U grupi homicida je postdeliktna situacija signifikatna $P=0,001$ za precipitatore i stresore. Premortalne vrijednosti su u izraženim ajtemima suicida i homicida (Tabela 5).

Destruktivnost ubica određuje stepen težine ubistva intimnog partnera i ubistva djeteta. To

uključuje veliki nivo instiktivno-emocionalnog angažovanja. U radu psiho-patološki značaj kod nasilnih ubica potiče iz personalnih osobina i psihotičnog stanja, a potencira ga za muškarce mentalna bolest i alkoholizam, a za žene afektivno stanje *in tempore criminis*. To je „dio specifične porodične dinamike ili produženi psiho-traumatizam“ [19]. Rezultati multivarijantne analize i potvrđuju da nasilne ubice reaguju impulsivno, bez kontrole situacije i kasnijeg ispoljavanja anksioznosti ili kajanja.

Majke koje su činile ubistvo djeteta su bile same pri porođaju, imaju pozitivne varijable na testu anksioznosti i visoke vrijednosti na orijentaciji, depresivnosti i agresivnost (P.I.E.). To je prvi akt ubistva djeteta, a sud ih često osuđuje blažim kaznama kao i u drugim studijama [19]. Očevi ubice su u reaktivnim stanjima izmijenjenog suda realnosti, a ubistvo djeteta potiče iz nasilnog dijela ličnosti i da bi se sakrio zločin (P.I.E.-test).

Statistička značajnost u regresionom modelu rezultira da nasilne ubice imaju dijelom odlike profesionalnih ubica, što uz vanporodične uzore i anomiju potvrđuje mikrosocijalni model prenošenja nasilja [3]. Ponavljana signifikatnost manje edukacije roditelja i nesigurnost zanimanja, uz hereditet dokazuje i ekološko-razvojni model nasilja [19]. Slične analize homicida kao kod nas, nalaze se i u drugim sredinama, koje imaju bolju socijalnu, pravnu i ekonomsku zaštitu [38].

Dakle, u radu se nalazi broj psihotičnih lica kao i u drugim studijama [2] uz razumljiv veći broj psihijatrijskih dijagnoza zbog poratnog doba i tranzicije. Najbitnija odlika svih podgrupa nasilnih ubica je nivo nasilja u ubistvu, što dokazuje regresivna analiza. Poremećaj ličnosti su zastupljeni u svim formama u obje grupe ispitanika.

Kod nasilnih ubica je snažno instiktivno emocionalno angažovanje (P.I.E.), a kod slučajnih ubica intoksikacije i neurotske tegobe. Destruktivni self diktira nasilnost, egocentrično viđenje realnosti, a stvarni self je površan, nezreo, radoznao, sebičan [19]. Lica nemaju potencijal za stvarnu žalost i kajanje, „već nezadovoljstvo, gorčinu i bijes“. Lica sa PL koja su počinila ubistvo nalaze se kao i u drugim studijama [38].

Dio slučajnih ubica ima neurozu uz zloupotrebu i PAS. U poratnom dobu u Bosni i Her-

cegovini lica idu ka deliktu ubistva iz više razloga: transgeneracijski aspekt homicida, anomija, prisustvo oružja, nestabilnost intimnih veza što se nalazi i u drugim studijama [36,37].

Lica iz grupe slučajnih ubica koja pripadaju normalnim osobama su počinila delikt iz nehata. Kada se radi o deliktним situacijama u kojima postoji posebno i snažno opterećenje agresivnim ponašanjem žrtve, pokazatelji su da ubice nemaju visoke vrijednosti za nasilnost, ulaze u konflikt koji ne mogu da izbjegnu i čine delikt. Lica imaju veću orijentaciju, lišavanje i destrukciju (P.I.E.). To ne tumači dovoljno lik slučajnog ubice, ni deliktну situaciju, ni ulogu žrtve, ali podvlači postojanje delikta u kojima skup više loših faktora daje homicid.

Suicid i homicid su produkti dva seta. Dokazani su "procesu izvođenja i procesu upravljanja" koji rezultiraju u tendenciji unutrašnje krivice: suicid, a u tendenciji spoljašnjih okolnosti: homicid [24]. Time je dijelom dokazana hipoteza u istraživanju, što u uslovima u Bosni i Hercegovini može biti palijativni ili jak dokaz.

Svaka destruktivnost ispoljena u suicidu i homicidu traži medikolegalni pristup. To podrazumijeva analizu deliktne situacije, motiva, namjera i ličnosti koja je imala auto i heterodestruktivnost. Na drugoj strani zakonodavna aktivnost se mora okrenuti ka potpunijem regulisanju destruktivnog ponašanja, pogotovu u onim dijelovima kada se radi o licima sa mentalnim oboljenjima, koja su često „ničiji ljudi“ što indirektno umanjuje delikt, kao i kaznene mjere [19].

Mogućnosti predikcije destruktivnosti.

Destrektivnost se može multidisciplinarno detektovati; prehomicidalno organizovati savjetovališta: socijalna, edukativna i psihološka [19]. Destrukcija u psihijatriji je moguća i suicid i homicid što traži farmakološku i re-educativno dijalektičko-bihejvioralnu terapiju [19]. Za predikciju, intervenciju i postdikciju homicida u BiH je rješenje Institucija za prevenciju suicida i Forenzički institut u Bosni i

Hercegovini [19].

Na kraju, uz pretpostavku da su suicid i homicid rezultat istih i/ili sličnih destruktivnih kompilacija što je B. Wu (2005) postavio kao tezu kada su u pitanju društveni uticaji, ostavlja više nedoumica. Prvo konstrukcija ostavlja tumačenje nasilne, dvojne smrti i/ili filicida kod shvatanja rezultante u suicidu i homicidu. Drugo pitanje nije dovoljno jasno kod odnosa između „processa izvođenja i processa upravljanja“ kada se tumači ekonomska bijeda i socijalna deprivacija [24].

Treće teorijski bitno je: mjerenje „processa upravljanja i processa izvođenja“ što je dilema i u mnogo bogatijem društvu. Taj dio bi mogla da tumači „teorija zarobljenosti uma“ [39]. Mnogi faktori govore da u kvatifikaciji kognicija dugачije djeluju na auto-destruktivne i heterodestruktivne pulzije što simplificira cilj studije!

Bosna i Hercegovina je specifičan socijalno-ekonomski, kulturološki i civilizacijski milje u svijetu [7, 19, 20, 22] do dubioznosti svjetskih teorija u: stepenu izdržljivosti bijede, interpersonalnoj toleranciji uz specifičan kvalitet interpersonalne podrške u Bosni i Hercegovini. Konačno, u Bosni i Hercegovini bi se lako moglo odgovoriti na postavljene dileme, ali za to je potreban novi vijek kontinuirane suicidološke i forenzičko-psihijatrijske misli bez ratova i poratnih pošasti. Garant za mir u Bosni i Hercegovini u novih 100 godina bi riješio enigme nasilnih smrti. Za nove studije je samo načeta enigma smrti u Bosni i Hercegovini.

Zaključak

Studija je potvrdila porast destruktivnosti kod agresivnog ponašanja u suicidu i homicidu u Bosni i Hercegovini. Studija i sadrži socijalne i psihopatološke odlike počinitelaca agresivnosti u Bosni i Hercegovini uz bitan medikolegalni značaj.

Literatura

1. Jovanović A, Jašović-Gašić M, Toševski-Lečić D. Medicolegal aspects of hospital treatment of violent mentally ill persons. *Srp Arh Celok Lek* 2009;137:292-297.
2. Monahan J. Mental disorders and violent behavior. *Perceptions and evidence. Am Psychologist* 1992;47:511-527.
3. Novaković M, Cabarakapa M, Ille T, Ilanković A. Forensic evaluation of persons with destructive behavior in the postwar Bosnia and Her-

- zegovina. *Vojnosanit Pregl* 2007;64(3):183–188.
4. Jakovljević M, Sedić B, Matinac M, Marčinko D, Ljubičić Đ, Vukušić H: Update of suicide trends in Croatia 1966-2002. *Psychiat Danubina* 2004;16: 299–308.
 5. Novakovic M, Ille T, Tiosavljevic-Maric D, Mundzic I. Suicide and para-suicide behavior. *Med arh* 2006;60:44–8.
 6. Krakowski MI, Czobor P. Psychosocial risk factors associated with suicide attempts and violence among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004;55 (12):1414–1419.
 7. Novaković M, Ille T, Marić-Tiosavljević D. Forms of parasuicide in young people in Bosnia. *Psych Danubina* 2006;18:39–48.
 8. Nixon RG, Stewart CE. Recognizing imminent danger: characteristics of suicide bomber. *Emerg Med Serv* 2005;34:74–75.
 9. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell K. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study, *Psychol Med* 2001;31: 827–836.
 10. Qin P. Suicide risk in relation to level of urbanicity - a population-based linkage study. *Int J Epidemiol* 2005;34(4):846–852.
 11. Appleby L. Suicide in women. *Lancet* 2000;355;1203-1204.
 12. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502–506.
 13. Boudreaux MC, Lord WD. Combating child homicide: preventive policing for the new millennium. *Interpers Viol* 2005;20(4):380–387.
 14. Okulte GT, Quine C. Homicidal violence during foreign military missions - prevention and legal issues. *S Afr Med J* 2004;94(1):57–60.
 15. Ignjatovic TD, Svrakic DM. Western personality models applied in Eastern Europe: Yugoslav data. *Compr Psychiatry* 2003;44(1):51–59.
 16. Coid J, Hickey N., Kahatan N, Zhang T, Yang M. Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *Br J Psych* 2007;190:223–229.
 17. Asider M, Yavuz MS, Sari H, Cantruk G, Yorulamaz C. Unusual torture methods and mass murders applied by a terror organization. *Am J Forensic Med Pathol* 2004;4:314–320.
 18. Weizmann-Henelius G, Viemero V, Eronen M. The violent female perpetrator and her victim. *Forensic Sci Int* 2003;133(3):197–203.
 19. Novaković M. Forensic implications of rape. *Med Rev* 2007;1-2:567–571.
 20. Smajkić A. Health Status of Population Bosnia and Herzegovina. Sarajevo: Institut for Public Health of B&H; 2006; 5–11.
 21. Lester D. Problem behaviors and suicide and homicide. *Psychol Rep* 2003;93(2):458.
 22. Avdibegović E, Sinanović O. Consequences of Domestic Violence on Women's Mental Health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006;47:730–741.
 23. Lester D, Stack S, Schmidtke A, Schaller S, Müller I. Mass homicide and suicide deadliness and outcome. *Crisis* 2005;26 (4):184–187.
 24. Wu B. Testing three competing hypotheses for explaining lethal violence. *Violence Vict* 2004;19(4):399–411.
 25. WHO: ICD-X International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Diagnostic Criteria for research 1993.
 26. Kelleher MJ, Chambers D, Corcoran P, Williamson E, Keeley HS. Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis* 1998;19:78–86.
 27. Appleby L, Cooper J, Amos T, et al, Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiat* 1999;175:168–174.
 28. Criminal Statute of Bosnia and Herzegovina. Sarajevo: University Book; 2006.
 29. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV). Washington D.C: American psychiatric association; 1994.
 30. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;28:56–62
 31. Plutchik R. Emotions and attitudes related to being overweight. *J Clin Psychol* 1976;32(1):21–24.
 32. Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy (SSIP) in suicide cases. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(4):212–219.
 33. Stata Statistical Software: Release 9.0. SPSS Inc, Chicago, IL, USA. 2001.
 34. Kerberg OF. Sanctioned social violence a psychoanalytic view. Part II. *Int J Psychoanal* 2003; 84(Pt 4):953–968.
 35. Dedić G, Đurđević S, Golubović B. Psychological assessment of persons following suicide attempt by self-poisoning. *Vojnosanit Pregl* 2010;67(2): 151–158.
 36. Ivanovic-Kovacevic S, Dickov A, Mistic-Pavkov G. Family dysfunction in adolescents with suicidal behavior and in adolescents with conduct disorders. *Med Review* 2005;11-12):240–244.
 37. Farooque R, Ernst FA. Filicide: a review of eight years of clinical experience. *J Natl Med Assoc.* 2003;95(1):90–94.
 38. van Heringen C, Marušić A. Understanding the suicidal brain. *Br J Psychiatry* 2003;183:282–84.

Analogy of destructiveness in suicide and homicide

Milan Novaković¹, Snežana Medenica¹, Milan Kulić¹, Dragan Jovanović¹, Zlatko Maksimović¹, Igor Novaković²

¹Faculty of Medicine Foča, University of East Sarajevo, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

²Health Center Bijeljina, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

Introduction. Destructiveness in aggressive behavior is interpreted multicausally, while the psychiatric causes are of biological, social and psychopathological nature. The aim is to examine the destruction of life in the form of suicide and homicide in Bosnia and Herzegovina (B&H) in the period from 1 January 2001 to 31 December 2010.

Methods. The study has a retrospective, multicentric form. Measuring instruments were: list of general data, Hamilton Rating Scale (HDRS), the Emotions Profile Index (Plutchik R-P. I. E.) and postmortem SSIPA - interview with descriptive and multivariate statistical analysis.

Results. Multivariate regression analysis showed that the following variables were significantly associated with suicide: age [OR= 0.810 (95%), CI= 0.770 - 1.100, P=0.003], migration [OR=0.830 (95%), CI = 0.825 -1. 125, P=0.001], depression [OR=1.150 (95%); CI=0.790-0.990, P=0.001] and the destructiveness of P. I. E. test. Homicide is significantly associated with the following variables: father's education [OR=0.910 (95%), CI=0.620-1.100, P<0.001], living in the vicinity of the crime scene [OR=0.630 (95%), CI=0.970-0.910, P<0.001]; in the suburb [OR=0.850 (95%), CI = 0.930 -1.25, P<0.001], destructiveness [OR= 0.670 (95%), CI= 990-1.210, P<0.001]; incorporation, orientation and bias on P.I.E. test.

Conclusion. This study confirmed the increase in destructiveness of aggressive behavior in suicide and homicide in B&H which has a medicolegal significance. The study points to both the social and psychopathological characteristics of aggression in B&H.

Keywords: destructiveness, behavior, suicide, homicide, Bosnia and Herzegovina