

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

SUICIDALNO PONAŠANJE: faktori rizika i intervencije

Završni magistarski rad

Student: Belma Popovčević

Mentor: Prof.dr. Enedina Hasanbegović - Anić

Sarajevo, 2021. godine

Mama hvala ti. Volim te.

SADRŽAJ

1. UVOD	6
2. KLASIFIKACIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA	7
3. EPIDEMIOLOGIJA	11
4. RIZIČNI FAKTORI	17
4. 1. Demografski faktori	18
4. 2. Psihički poremećaji	19
4. 3. Osobine ličnosti.....	21
4. 4. Genetski i biološki faktori	23
4. 5. Sezonski faktori.....	24
4. 6. Socijalni faktori	26
4. 7. Stresni i drugi životni događaji	27
4. 8. Vršnjačko nasilje	28
4. 9. Zlostavljanje putem Interneta.....	30
5. PREVENCIJA	33
5. 1. Razvijanje nacionalne strategije prevencije	35
5. 2. Strategije univerzalne prevencije	36
5. 3. Strategije selektivne prevencije.....	36
5. 4. Strategije indikativne prevencije.....	37
6. TRETMAN	38
6. 1. Bolnička briga	39
6. 2. Psihoterapija	40
6. 2. 1. Kognitivno – bihevioralna terapija	40
6. 3. Kratke intervencije za tretman suicidalnih ponašanja	41
6. 3. 1. Intervencija planiranja sigurnosti.....	41
6. 3. 2. Motivacijski intervju kao intervencija za suicidalne ideje	42
6. 3. 3. Program kratke intervencije za osobe koje su pokušale izvršiti suicid	44
6. 4. Medikamenti.....	45
7. ZAKLJUČCI	47
8. LITERATURA	49

SUICIDALNO PONAŠANJE: faktori rizika i intervencije

Belma Popovčević

SAŽETAK

Suicid je jedno od najrazornijih i najkompleksnijih ljudskih ponašanja. Fenomen suicida i suicidalnog ponašanja tiče se svakog pojedinca, a predstavlja odgovornost i cijelog društva. Rad je koncipiran s ciljem sveobuhvatnog pregleda spoznaja najprije o suicidalnom ponašanju uopćeno i njegovoj zastupljenosti, a potom o faktorima rizika povezanim sa suicidalnim ponašanjem te efikasnim preventivnim i tretmanskim intervencijama. U radu se nastojalo odgovoriti na sljedeća pitanja: Koji su rizični / zaštitni faktori suicidalnih ponašanja? Koje se strategije prevencije koriste u cilju smanjenja suicidalnih ponašanja? Koji tretmani su uspješni u tretiranju suicidalnih ponašanja? Znanje o suicidalnom ponašanju znatno se povećalo posljednjih decenija. Istraživanja ukazuju na važnost međudjelovanja različitih bioloških, psiholoških, socijalnih i drugih faktora rizika u određivanju suicidalnih ponašanja. Obzirom da su mladi veoma osjetljiva i ranjiva grupa, posebna važnost u radu posvećena je mladima te utjecaju vršnjačkog i internet nasilja na suicidalna ponašanja. Naučni dokazi potvrđuju da je suicid moguće prevenirati, pri čemu efikasni programi prevencije i tretmanske intervencije ne zahtijevaju visoke finansijske niti druge resurse. U radu je istaknuta važnost primarne prevencije, te važnost jačanja zaštitnih faktora u planiranju intervencija za tretman suicidalnih ponašanja. Na kraju, posebno je istaknuto da na prevenciji suicida i suicidalnog ponašanja trebaju raditi multidisciplinarni timovi, a kako bi programi prevencije i tretmanske intervencije bile uspješne, one trebaju uključivati suradnju različitih sektora, uključujući zdravstveni i obrazovni sistem te sistem socijalne zaštite.

Ključne riječi: suicidalno ponašanje, zaštitni faktori, rizični faktori, prevencija, tretman

„Nekoliko sekundi nakon što sam skočio, istog trenutka kada su se moje ruke odvojile od ograde, shvatio sam da se kajem zbog svog postupka. Shvatio sam da sam napravio najveću grešku u svom životu. Danas, bez obzira na bol koji prolazim, bez obzira na borbu, vjerujem da je život najveći dar koji sam ikad dobio. Svaki dan sam sretan što sam živ. Suicid nije odgovor i zaslužuješ biti ovlje zbog sebe. Tvoja bol je opravdana. Tvoja bol je stvarna i važna, zato što si ti važan. Uredu je ne biti uredu. Nije uredu ne tražiti pomoć. Zato što je bol podijeljena s nekim, u pola manja bol.“

(Kevin Hines, preživjeli pokušaja suicida)

1. UVOD

Suicid i suicidalno ponašanje je globalni zdravstveni problem, a fenomen suicidalnosti i suicidalnog ponašanja vrlo je teško definisati. Razlog tome je nekonzistentnost među stručnjacima u definisanju različitih pojmova koji se odnose na ove fenomene. Najkraće rečeno, suicidalno ponašnje predstavlja skup autodestruktivnih ponašanja kojima je zajednički cilj ugrožavanje vlastitog života, odnosno želja da se izvrši suicid (Begić, 2014). Suicid je čin oduzimanja vlastitog života. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, blizu 800 hiljada ljudi širom svijeta počini suicid svake godine. Unatoč ovoj brojci, pokušaj suicida je 10–40 puta češći od samog suicida, i predstavlja najjači pojedinačni prediktor budućeg suicida (Haukka i sur, 2008, World Health Organization, 2014; 2019).

Uzroci suicidalnog ponašanja nisu u potpunosti poznati, međutim, ovo ponašanje proizlazi iz složene interakcije psiholoških, socijalnih i drugih faktora. Iako su identificirani mnogi faktori rizika, oni uglavnom ne objašnjavaju u potpunosti zašto ljudi pokušavaju okončati svoj život (Nock i sur, 2019). Bolje razumijevanje faktora rizika za suicid, kao i veličine učinka poznatih faktora rizika u općoj, ali i rizičnoj populaciji, presudno je za dizajniranje programa namijenjenih za prevenciju suicida (Qin i sur, 2003).

Intervencije za tretman suicidalnih ponašanja koriste različita sredstva i tehnike za pomaganje suicidalnoj osobi da prepozna kada, kako, gdje i zašto postaje suicidalna. Osoba se potom obučava da prepozna prirodu i pojavu svog suicidalnog rizika, a potom da koristi specifične vještine i tehnike suočavanja koje joj pomažu u sprječavanju suicidalnih ponašanja (Jobes, Au i Siegelman, 2015). Praksa pokazuje da je suicid moguće prevenirati intervencijama koje su bazirane na naučnim dokazima, koje pri tome, nisu skupe za provođenje (World Health Organization, 2019).

Ovaj rad je koncipiran s ciljem detaljnog prikaza spoznaja o rizičnim i zaštitnim faktorima povezanim sa suicidalnim ponašanjem, te efikasnih preventivnih i tretmanskih intervencija. Na osnovu teorijskih razmatranja i rezultata empirijskih istraživanja u radu će se nastojati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koji su rizični / zaštitni faktori suicidalnih ponašanja?
2. Koje se strategije prevencije koriste u cilju smanjenja suicidalnih ponašanja?
3. Koji tretmani su uspješni u tretiranju suicidalnih ponašanja?

2. KLASIFIKACIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Riječ suicid (samoubistvo) potiče od latinskih riječi *sui* što znači sebe i *caedere* što znači ubiti, i odnosi se na samovoljno samouništenje. Sam suicid kao čin često proizlazi iz nemogućnosti rješavanja vlastitih slabosti. Nagon za samoodržanjem smatra se najvažnijim i najizraženijim čovjekovim nagonom, pa prema psihijatrijskim stavovima, poremećaj tog vitalnog nagona, dovodi osobu do toga da izvrši suicid. Gledajući na suicid sa sociološkog aspekta, smatra se da gubitak čovjekova ideala ili statusa, kao osnovnog socijalnog nagona, dovodi do suicida (Čupić, 2018). U osnovi suicidalnog ponašanja jeste autodestruktivno ponašanje i odbacivanje načina života koji se trenutno živi. Osim toga, neki autori smatraju da suicid može predstavljati pokušaj preuzimanja kontrole nad vlastitim životom, a i smrti (Vulić–Prtorić, 2004). Suicidalnost (sklonost osobe ka suicidu) ne možemo posmatrati kao definitivnu, binarnu („osoba će sigurno počinuti suicid“ ili „osoba nikako neće počinuti suicid“), niti kao jednoznačnu pojavu koja u očima ljudi koji poduzimaju radnje vezane uz nju podrazumijeva isto. Radije je opisujemo kao spektar, počevši od nesvjesne sklonosti ugrožavanju vlastitog života rizičnim ponašanjem, razmišljanju o suicidu, pokušajima suicida, pa sve do uspješnog izvršenja planiranog suicida (Begić, 2014; Pupovac, 2017).

Često je pogrešno mišljenje da je suicidalno ponašanje ono ponašanje nakon kojeg mora uslijediti fizička povreda ili da je jedini motiv pokušaja suicida sama suicidalna misao. Tako, naprimjer, djeca i adolescenti često imaju miješane motive za samodestruktivno ponašanje (pokušaj suicida kao način suočavanja sa nepodnošljivom boli, način izražavanja bijesa). Ovakva i slična ponašanja nazivamo *nefatalna suicidalna ponašanja* a obuhvataju ideju o suicidu (misli o ponašanju koje ima za cilj da se oduzme sebi život), planiranje suicida (formiranje metode kojom osoba namjerava počinuti suicid), pokušaj suicida (potencijalno štetno ponašanje po sebe, s namjerom da se počinu suicid), ometene pokušaje (svaki pokušaj koji je bio ometen ili prekinut nekom vanjskom okolnošću), pobačene pokušaje (svaki pokušaj suicida koji je osoba otpočela da počinu, ali je zaustavila samu sebe) i pripremna ponašanja (sva ponašanja koja vode pokušaju izvršenja suicida, npr. prikupljanje sredstava s kojim bi se izvršio suicid, obilazak potencijalnog mjesta počinjenja suicida, pisanje oprostajnog pisma) (Nock i sur, 2008; Posner, Oquendo i sur, 2007; World Health Organization, 2014). Dakle, svaka prisutnost namjere i želje za smrću dovoljna je da se ponašanje označi suicidalnim. Neki istraživači i kliničari razlikuju suicidalno ponašanje od nesuicidalnog samoozljeđivanja (npr. rezanje), koje se odnosi na samopovređivanje u kojem osobi nije cilj da oduzme sebi život, već

kako bi pojedinac potaknuo vlastite osjećaje ili ublažio bol bez namjere da oduzme sebi život (Posner, Oquendo i sur, 2007). Nije rijetka pojava da pojedinac ugrožavanjem vlastitog života ima namjeru da pošalje poruku okolini u vidu poziva u pomoć, a ne da oduzme sebi život, što se naziva *teatralni ili demonstrativni pokušaj suicida*. Ovakvi pokušaji mogu završiti fatalno, te ih zbog toga treba ozbiljno shvatiti. Dakle, suicidalno ponašanje karakteriše prisutnost suicidalnih namjera (Begić, 2014).

Poznati model suicida, koji je preložio Durkheim (1897, prema Abrutyn i Mueller, 2016) uključuje četiri vrste suicida: altruistični, egoistični, anomični i fatalistički suicid. *Altruistični suicidi* predstavljaju čin davanja vlastitog života kao doprinos određenoj skupini kojoj taj pojedinac pripada. *Egoističnim suicidima* sklone su fizički i psihički oboljele osobe, koje su ostale bez odgovarajuće integracije u društvu. *Anomični suicidi* događaju se u vremenima društvenih i ekonomskih promjena, uz koje dolazi nagla promjena u položaju pojedinca u odnosu na zajednicu. Pojedinac je u nemogućnosti da se prilagodi tim promjenama što dovodi do vlastite krize, te pojedinac pribjegava autoagresivnosti. Konačno, *fatalistički suicidi* vezani su uz nemogućnost upravljanja vlastitim životom (Marčinko, 2011, prema Čupić, 2018). Durkheim (1897, prema Aliverdina i Pridemore, 2009) je vjerovao da različiti nivoi integracije i regulacije dovode do četiri vrste suicida. Prema njegovom mišljenju, niska integracija dovodi do egoističnog ili anomičnog samoubistva, dok izuzetno visoka integracija može proizvesti altruistično ili fatalističko samoubistvo.

Sposobnost kliničara da precizno definiraju i procijene suicidalnost ometena je nedostatkom dobro definisane terminologije i razumijevanja šta predstavlja suicidalno ponašanje. Posljedično, može doći do pogrešne identifikacije nesuicidalnih i suicidalnih ponašanja, što nadalje vodi do pogrešnih interpretacija i zaključaka. Postoje različite klasifikacije, odnosno podjele suicidalnih ponašanja, koje su navedene dalje u tekstu, a koje olakšavaju preciznije donošenje zaključaka o potencijalno suicidalnom ponašanju. Jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanje je ona koju su ponudili O'Carroll i sur. (1996, prema Čupić, 2018). Ova klasifikacija razlikuje sljedećih sedam oblika suicidalnog ponašanja:

- Suicid (samoubistvo) – smrt dokazano izazvana vlastitim djelovanjem;
- Pokušaj suicida – ponašanje osobe koje je dokazano za cilj imalo uzrokovanje vlastite smrti, ali je fatalni ishod ipak izostao;
- Prekinuti pokušaj suicida – ponašanje kojim je osoba dokazano namjeravala izazvati svoju smrt, ali je radnja prekinuta prije nego što je došlo do fatalnog ishoda;

- Suicidalne ideje – razmišljanja o suicidu u rasponu od nasumičnih, nestrukturiranih misli, do ozbiljnog planiranja izvršenja suicidalnog čina;
- Suicidalna namjera – subjektivno očekivanje i želja da autodestruktivno ponašanje dovede do vlastite smrti;
- Smrtnost suicidalnog ponašanja – objektivna opasnost po vlastiti život s obzirom na metodu izbora, koja se može razlikovati od subjektivnog očekivanja pojedinca;
- Namjerno samoozljeđivanje – svjesno samoozljeđujuće ponašanje, bez želje za oduzimanjem vlastitog života.

Silverman i sur. su 2007. godine izvršili reviziju nomenklature i klasifikacije koju su ponudili O'Carroll i suradnici. Oni su dodali pojam *prijetnje suicidom*. Prijetnja suicidom podrazumijeva verbalne i neverbalne, inetpersonalne interakcije koje upućuju na potencijalno suicidalno ponašanje. Također su neke pojmove iz pomenute klasifikacije redefinisali, odnosno precizirali, te na taj način ih učinili užim, kao što su: samoubistvo, pokušaj samoubistva, samoozljeđivanje i plan samoubistva (Silverman i sur, 2007).

U nastojanju da se što tačnije i preciznije procijeni i kategorizira suicidalnost, Državni psihijatrijski institut američkog Univerziteta Columbia razvio je klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja (*Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment – C-CASA*). Istraživači su razvili sistemski pristup kategorizaciji potencijalnih suicidalnih, neželjenih događaja, koji pokriva čitav spektar suicidalnog ponašanja i klasificira sve događaje koji bi mogli predstavljati suicidalno ponašanje. C-CASA uključuje operacionalizirane smjernice za zaključivanje o postojanju suicidalne namjere, te koristi definicije suicidalnosti izvedene iz empirijskih nalaza o fenomenologiji suicidalnosti i identificiranih prediktivnih i rizičnih faktora. Algoritam ima osam kategorija suicidalnosti koji razlikuje suicidalne događaje od nesuicidalnih i neodređenih ili potencijalno suicidalnih događaja (Tabela 1). Prednost ove klasifikacije je sveobuhvatno identificiranje suicidalnih događaja, istovremeno ograničavajući preširoku identifikaciju suicidalnog ponašanja. Ovaj sistem klasifikacije zasnovan je na istraživanjima i može se primijeniti u kliničkim i istraživačkim uvjetima (Posner, Oquendo i sur, 2007).

Tabela 1 Kolumbijski klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja (C-CASA, prema Posner, Oquendo i sur. 2007).

KLASIFIKACIJA/KATEGORIJA	DEFINICIJA
SUICIDALNI DOGAĐAJI	
Počinjeni suicid	Samoozljeđujuće ponašanje koje je rezultiralo smrtnim ishodom, a pri tome je postojala barem neka namjera da do njega dođe.
Pokušaj suicida	Potencijalno samoozljeđujuće ponašanje s dokazanom namjerom da se oduzme vlastiti život; ne mora rezultirati stvarnom povredom.
Pripremne aktivnosti za pokušaj suicida	Pojedinac poduzima korake da se ozlijedi, ali je zaustavljen (od strane sebe ili drugih) prije početka samoozljeđivanja.
Suicidalne ideje	Pasivne misli o želji za vlastitom smrću ili aktivne misli o oduzimanju vlastitog života koje nisu popraćene pripremnim ponašanjima.
NESUICIDALNI DOGAĐAJI	
Samoozljeđujuće ponašanje bez suicidalne namjere	Samoozljeđujuće ponašanje bez namjere da se oduzme vlastiti život; svrha mu je oslobađanje od napetosti ili izazivanje reakcije okoline.
Drugo, nenamjerno samoozljeđivanje	Nema dokaza da je događaj vezan uz suicidalnu ili samoozljeđujuću namjeru; smatra se slučajnim samoozljeđivanjem.
NEODREĐENI ILI POTENCIJALNO SUICIDALNI DOGAĐAJI	
Samoozljeđujuće ponašanje – suicidalna namjera nepoznata	Ozljeđivanje ili namjera za ozljeđivanjem je jasna, ali je suicidalna namjera nepoznata ili ne može biti identifikovana.
Nedovoljno informacija	Nema dovoljno podataka da bi se utvrdilo da li je događaj uključivao namjerno suicidalno ponašanje; moguće da je posljedica rezultat nesreće ili drugog faktora.

Kako bi se izbjegla pogrešna identifikacija i donošenje zaključaka o ponašanju, preporučuje se upotreba i pridržavanje standardizovanog sistema klasifikacije suicidalnog ponašanja. Njegova upotreba mogla bi rezultirati preciznijom komunikacijom među istraživačima i kliničarima, što bi na kraju bilo korisno za liječenje osoba s rizičnim suicidalnim ponašanjima (Posner, Oquendo i sur, 2007).

3. EPIDEMIOLOGIJA

Suicid je jedno od najrazornijih i najkompleksnijih ljudskih ponašanja. Dok je stopa smrtnosti mnogih vodećih bolesti (tuberkuloze, upale pluća i gripe) opala tokom proteklog stoljeća, stopa suicida je gotovo identična onoj koja je bila prije 100 godina (Nock i sur, 2019). Osim toga, suicid se nalazi među 10 vodećih uzroka smrti (Haukka i sur, 2008). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, blizu 800 hiljada ljudi širom svijeta počini suicid svake godine. To znači da svakih 40 sekundi u svijetu jedna osoba oduzme sebi život. Unatoč ovoj brojci, pokušaj suicida je 10–40 puta češći od samog suicida i predstavlja najjači pojedinačni prediktor budućeg suicida (Haukka i sur, 2008, World Health Organization, 2014; 2019). Obzirom da je suicid osjetljiv problem, a u nekim državama čak i zakonom zabranjen, moguće je da je ovaj broj u stvarnosti daleko veći. Zbog stigme i nastojanja da se zaštite porodice pogođene suicidom, teško je govoriti o preciznim brojkama. Često se dešava da je suicid pogrešno klasificiran kao nesreća ili drugi uzrok smrti a registriranje suicida je komplikovana procedura koja uključuje različite organe vlasti te primjenu zakona (World Health Organization, 2014).

Dobne razlike

Suicid se javlja u svim uzrasnim i spolnim skupinama širom populacije. Suicid u djetinjstvu je rijedak, dok se prevalencija povećava ka adolescenciji, kada je češći među mladićima nego djevojkama (Carr, 2015). Među tinejdžerima u dobi od 15-19 godina, suicid je drugi vodeći uzrok smrti među djevojčicama i treći vodeći uzrok smrti kod dječaka (World Health Organization, 2019). Osim što mlađa djeca ne znaju kako počinuti suicid, jedan od razloga zašto je on rijedak u ovoj dobnoj skupini je zbog toga što u djetinjstvu postoji široka mreža socijalne podrške. S druge strane, adolescenti teže individuaciji i osamljivanju, podrška slabi, javlja se socijalna izolacija i raste rizik od suicida. Još jedan faktor koji doprinosi ovoj pojavi jeste kognitivni razvoj. Naime, u adolescenciji se kod mladih često javljaju beznađe i krivnja koji su važni faktori u genezi suicidalnog ponašanja. Iako je suicid relativno rijetka pojava u djetinjstvu, suicidalne ideje i razmišljanja su uobičajna pojava. Osobe starije od 75 godina spadaju u najrizičniju dobnu skupinu za počinjenje suicida u oba spola, a stope mogu biti čak 50/100 000 kod muškaraca i 15.8/100 000 kod žena (Čupić, 2018). Najveći rizik od ponovljenog pokušaja samoubistva povezan je sa dobnom skupinom od 30-40 godina (Haukka i sur, 2008).

Spolne razlike

Kada su u pitanju spolne razlike, neovisno o uzrasnoj dobi, žene su sklonije suicidalnim ponašanjima, dok muškarci češće izvrše suicid. Ove spolne razlike, i u mlađoj i starijoj uzrasnoj dobi, djelomično objašnjava činjenica da muškarci češće biraju smrtonosnije i nasilnije metode izvršenja suicida, skloniji su antisocijalnom ponašanju, zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, imaju više finansijskih, interpersonalnih i drugih problema, što sve doprinosi većem broju negativnih ishoda (Pupovac, 2017; Vulić – Prtorić, 2004). S druge strane, žene koje pribjegavaju suicidalnim ponašanjima, uglavnom imaju historiju poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja, zbog kojih na stres reaguju pokušajem suicida ili drugim manje smrtonosnim metodama samoozljeđivanja, kao što je predoziranje (Carr, 2015).

Socioekonomske razlike

Kada su u pitanju socioekonomska obilježja, nešto veća učestalost suicida javlja se kod nezaposlenih, penzionisanih i razvedenih (Barth i sur, 2011, prema Pupovac, 2017). Stope suicida niže su kod osoba i generalno društava s izraženom i prakticiranom religioznošću (Sisask i sur, 2010, prema Pupovac, 2017). Suicid nije fenomen koji se pojavljuje samo u visoko razvijenim državama. Čak 79% suicida se pojavljuje u srednje razvijenim i niže razvijenim državama, gdje su resursi i usluge ograničene, što otežava identifikaciju, tretman i pružanje podrške ovim ljudima (World Health Organization, 2019).

Sezonske i vremenske razlike

Suprotno mišljenju i mitu stvorenom oko suicidogenih božićnih praznika, istraživanja pokazuju da je učestalost suicida veća u proljeće i rano ljeto, u odnosu na zimske mjesece (Kposowa i sur, 2010; Postolache i sur, 2010). S druge strane, neka istraživanja su pokazala da se upravo u vrijeme praznika može pojačati suicidalnost (Vulić – Prtorić, 2004). Altamura i sur. (1999) su u svom istraživanju ispitivali povezanost različitih vremenskih perioda i suicida, te pronašli da nema značajnih razlika u broju suicida u odnosu na dane u sedmici. Učestalost pokušaja suicida vikendima bili su najviše povezani sa poremećajima zloupotrebe supstanci. Kada je u pitanju doba dana, pronašli su da se najveći broj suicida izvršio između 08:31 i 12:30 sati, a potom značajno više od 12:31 do 20:30 sati u odnosu na period od 20:31 do 8:30 sati. Pozivi upućeni zdravstvenim službama najčešći su u kasnim večernjim satima i oko ponoći.

Metode za izvršenje suicida

Procjenjuje se da je oko 20% globalnih suicida posljedica samotrovanja pesticidima, od kojih se većina dešava u ruralnim poljoprivrednim područjima, u zemljama s niskim i srednjim dohotkom. Ostale uobičajene metode suicida su vješanje i vatreno oružje. Poznavanje najčešće korištenih metoda suicida važno je za osmišljavanje strategija prevencije koje su se pokazale efikasnim, kao što je ograničavanje pristupa sredstvima za počinjenje suicida (World Health Organization, 2019).

Samoozljeđivanje

Samoozljeđivanje (suicidalno i nesuicidalno) je češća pojava nego sam suicid. Carr (2015) navodi da se oko 10% adolescenata samoozljeđuje, i to češće djevojčice nego dječaci, te adolescenti nižeg socioekonomskog statusa. Istraživanja u populaciji navode da je najčešći oblik samoozljeđivanja rezanje, dok ona provedena u ustanovama navode da je to predoziranje. Ovi rezultati se mogu tumačiti time što je najveći broj hospitalizovanih i prijavljenih slučajeva upravo zbog predoziranja.

Statistički podaci o suicidu u Bosni i Hercegovini

Prema podacima Federalnog zavoda za statistiku (2020.) u rasponu od 2015. do 2019. godine u Federaciji BiH 915 osoba je počinilo suicid (Tabela 2). U 2019. godini na području Federacije BiH izvršeno je 164 samoubistva (Tabela 3). Većina osoba koje su počinile suicid su muškarci (N=120). Također, podaci (Tabela 3) ukazuju na to da broj osoba koje su počinile suicid raste sa starosnom dobi. S tim u vezi, najviše suicida je zabilježeno u dobnom uzrastu od 60 do 64 godine, čak 25 slučajeva, od čega 21 muškarac i četiri žene. Kada je u pitanju zastupljenost prema kantonima, najviše suicida izvršile su osobe sa područja Kantona Sarajevo (37) i Zeničko – Dobojskog kantona (37), te potom Tuzlaskog kantona (33). Podaci o načinu izvršenja suicida pokazuju da je u 2019. godini suicid trovanjem čvrstim i tečnim supstancama izvršilo 10 osoba, trovanje gasovima dvije osobe, vješanjem, davljenjem i gušenjem 92 osobe, davljenjem i utapanjem sedam osoba, vatrenim oružjem i eksplozivom 29 osoba, dimom, vatrom, plamenom i parom jedna osoba, oštrim i tupim predmetima tri osobe, skokom s visine 15 osoba, skakanjem ili ležanjem ispod objekta koji se kreće dvije osobe i drugim i neoznačenim sredstvima tri osobe. Žene su najviše kao metodu koristile skakanje s visine (devet slučajeva), vješanje (18 slučajeva) i trovanje (sedam slučajeva), dok su muškarci najviše koristili vješanje (74 slučajeva), vatreno oružje i eksploziv (27 slučajeva) te skakanje s visine (šest slučajeva). Statistički podaci o suicidu na području Federacije BiH za 2020. godinu još nisu dostupni.

Tabela 2 Samoubistva prema spolu 2015.-2019. (Federalni zavod za statistiku, 2020.)

GODINA	UKUPNO	MUŠKI	ŽENSKI
2015.	173	129	44
2016.	179	124	55
2017.	202	148	54
2018.	197	147	50
2019.	164	120	44

Tabela 3: Samoubistva prema starosti i spolu 2019. (Federalni zavod za statistiku, 2020.)

STAROST	UKUPNO	MUŠKI	ŽENSKI
	164	120	44
15-24	9	5	4
25-34	8	6	2
35-44	18	12	6
45-54	32	20	12
55-64	42	36	6
65+	55	41	14

Prema podacima MUP-a Kantona Sarajevo (2021a), u toku 2020. godine na području Kantona Sarajevo registrovan je 41 suicid (sedam više nego prethodne godine). Što se tiče spola, 38 muškaraca izvršilo je suicid i to sljedeće starosne dobi: preko 50 godina - 23 osobe, od 40 do 50 godina – sedam osoba, od 30 do 40 godina – pet osoba i od 25 do 30 godina – tri osobe. Kada su u pitanju žene, tri osobe su počinile suicid i to starosne dobi: preko 50 godina – dvije osobe i od 30 do 40 godina – jedna osoba. Suicidi su izvršeni: vješanjem (15 slučajeva), skokom sa visine (12 slučajeva), upotrebom vatrenog oružja (devet slučajeva), upotrebom oštrog predmeta (dva slučaja), trovanjem, upotrebom sjekire i konzumiranjem narkotičkih sredstava (po jedan slučaj). Za izvršenje suicida žene su koristile metodu vješanja (jedan slučaj)

i skok s visine (dva slučaja). Muškarci, s druge strane, koristili su metode vješanja (14 slučajeva), vatreno oružje (devet slučajeva), oštri predmet (dva slučaja), trovanje (jedan slučaj), skok s visine (10 slučajeva) i ostali načini (dva slučaja). Najsvježiji podaci MUP-a KS (2021b) za period od januara do marta 2021. godine pokazuju devet registrovanih suicida (dva više u odnosu na isti period prošle godine) na ovom području. Izvršiocu su sedam osoba muškog spola i dvije osobe ženskog spola. Muškarci su starosne dobi: preko 70 godina (četiri osobe), od 25 do 30 godina, od 30 do 40 i od 50 do 60 godina (po jedna osoba). Žene su starosne dobi: od 40 do 50 godina i preko 70 godina (po jedna osoba). Metode koje su korištene za izvršenje suicida su: vješanje (pet slučajeva), upotreba vatrenog oružja (dva slučaja) i skok sa visine (dva slučaja). U mjesecu martu 2021. godine na području Kantona Sarajevo registrovano je pet suicida (četiri više u odnosu na prošlu godinu, u istom periodu). Izvršiocu su četiri osobe muškog i jedna osoba ženskog spola. Muškarci koji su izvršili suicid bili su starosne dobi: preko 70 godina (dvije osobe), od 30 do 40 i od 50 do 60 godina (po jedna osoba), dok je žena starosti preko 70 godina. Suicidi su izvršeni: vješanjem (tri slučaja), upotrebom vatrenog oružja i skakanjem sa visine (po jedan slučaj) (MUP KS, 2021c).

U Republici Srpskoj je od 2015. do 2019. godine zabilježen veći broj suicida nego u Federaciji BiH u istom ovom periodu (Tabela 4). U 2019. godini na ovom području 173 osobe su izvršile suicid. Kao i u Federaciji BiH, muškarci prednjače u broju počinjenih suicida (Tabela 4). Podaci (Tabela 5) ukazuju na to da broj osoba koje su počinile suicid raste sa starosnom dobi, kao što je slučaj bio i u Federaciji BiH. Također, najveći broj suicida zabilježen je u dobnom uzrastu od 60 do 64 godine, čak 25 slučajeva, od čega 20 muškaraca i pet žena. Podaci prema uzroku smrti pokazuju da je u 2019. godini suicid trovanjem čvrstim i tečnim supstancama počinilo 12 osoba, vješanjem, davljenjem i gušenjem 73 osobe, davljenjem i potapanjem 13 osoba, vatrenim oružjem i eksplozivom 48 osoba, drugim neoznačenim sredstvima 25 osoba, te dva suicida izvršena djelovanjem drugim vanjskim uzrocima. Muškarci su najčešće koristili metode pucanja iz vatrenog oružja ili eksploziv (25) i vješanja (57), dok su žene pribjegavale metodi trovanja (10) i vješanja (16) (Republički zavod za statistiku, 2020). Statistički podaci o suicidu na području Republike Srpske za 2020. godinu još uvijek nisu dostupni.

Tabela 4 Samoubistva prema spolu 2015.-2019. (Republički zavod za statistiku, 2020.)

GODINA	UKUPNO	MUŠKI	ŽENSKI
2015.	218	167	51
2016.	205	157	48
2017.	180	140	40
2018.	164	120	44
2019.	173	137	36

Tabela 5 Samoubistva prema starosti i spolu, 2019. (Republički zavod za statistiku, 2020)

STAROST	UKUPNO	MUŠKI	ŽENSKI
	173	137	36
20-24	6	6	0
25-34	8	7	1
35-44	22	18	4
45-54	23	17	6
55-64	39	32	7
65+	75	57	18

Globalno, raspoloživost i kvaliteta podataka o suicidu i pokušajima suicida je veoma slaba. Samo 80 država članica Svjetske zdravstvene organizacije ima kvalitetne podatke koji se mogu koristiti za procjenu stopa suicida. Poboľšani nadzor i praćenje suicidalnog ponašanja potrebno je za planiranje i provođenje efikasnijih strategija prevencije. Razlike među državama u obrascima suicida, karakteristikama i metodama suicida te promjene u stopama suicida, ističu potrebu svake države da poboljša sveobuhvatnost, kvalitet i pravovremenost svojih podataka. Ovo uključuje bolju i detaljniju registraciju, bolničke registre o pokušajima suicida te istraživanja na nivou svake države koja prikupljaju podatke o suicidalnim ponašanjima koji su prijavljeni (World Health Organization, 2019).

4. RIZIČNI FAKTORI

Uzroci suicidalnog ponašanja nisu u potpunosti poznati, međutim, ovo ponašanje očito proizlazi iz složene interakcije psiholoških, socijalnih i drugih faktora. Rizični faktori su oni koji povećavaju vjerovatnost negativnih ishoda. Ključno pitanje je kako i zašto poznati faktori rizika dovode do suicidalnog ponašanja? Odgovor na ovo pitanje moglo bi dramatično unaprijediti napore i postignuća u prevenciji. Postoji bezbroj očiglednih mogućnosti koje su u skladu s teorijama suicida. Iako su identificirani mnogi faktori rizika, oni uglavnom ne objašnjavaju u potpunosti zašto ljudi pokušavaju okončati svoj život. Teorijski modeli i dalje su previše jednostavni i uglavnom se preklapaju, a svaki sadrži neke primjese faktora koji su prvobitno predloženi prije mnogo decenija. Durkheim (1951, prema Nock i sur, 2019) smatra da je jedan od tih faktora socijalna izolacija ili nepovezanost, Shneidman (1993, prema Nock i sur, 2019) da je to psihološki bol, a Beck (1975, prema Nock i sur, 2019) smatra da je to beznađe. Baumeister (1990, prema Nock i sur, 2019) smatra da različiti negativni faktori zajedno dovode do želje za bijegom i suicidom.

Postoje mnoge podjele faktora rizika za suicid. Marčinkova (2011, prema Pupovac, 2017) hijerarhijska podjela dijeli faktore na primarne, sekundarne i tercijarne. U *primarne* faktore rizika za suicidalnost ubrajaju se psihijatrijski faktori kao što su prisutnost psihičkog poremećaja uz neadekvatno liječenje, komorbiditet s drugim psihičkim poremećajima, prethodni pokušaji suicida, porodična anamneza suicida, impulsivnost ili beznađe. U *sekundarne* faktore rizika spadaju psihosocijalni faktori poput izloženost traumatskim događajima u djetinjstvu, nedavni teški negativni životni događaji, nezaposlenost ili gubitak posla, socijalna izolacija, slaba socijalna podrška itd. *Tercijarni* faktori obuhvataju demografske faktore kao što su muški spol, starija dob, premenstrualno razdoblje kod žena, te određena razdoblja u godini.

Dakle, mnoge kliničke karakteristike povećavaju rizik za suicidalno ponašanje. Međutim, važno je istaći da ovi faktori rizika nisu nezavisni. Na primjer, postoji veza između agresivnih / impulsivnih osobina, zloupotrebe opojnih droga, depresije i pušenja cigareta. Također, ozljede glave češće se javljaju kod agresivnih, impulsivnih osoba i kod ljudi koji su u prošlosti zloupotrebljavali alkohol i druge supstance. Ova posebna veza je dvosmjerna, jer alkoholizam, zloupotreba supstanci i agresivno ponašanje mogu slijediti ozljede glave. Mann (2003) je otkrio da su ozljede glave u djetinjstvu češće kod agresivne djece i da je utjecaj ozljede glave na buduću agresiju veći kod djece koja su bila agresivnija prije ozljede glave. Kako su

agresivna ponašanja i alkoholizam češći kod muškaraca nego kod žena, ovo bi dijelom moglo objasniti veće stope suicida zabilježenih kod muškaraca. Jedan izoliran faktor rizika rijetko može biti jak prediktor za suicid, zato što većina djeluju u komorbiditetu povećavajući vulnerabilnost osobe za suicidalno ponašanje. Samim tim, suicid je rezultat dugotrajnih procesa, i može se identifikovati niz činilaca koji doprinose i potenciraju suicidalno ponašanje. Poznavanje faktora rizika za suicid ključni je uslov za procjenu rizika i preventivno djelovanje (Posner i sur, 2007).

Suprotno rizičnim, zaštitni faktori su oni koji smanjuju vjerovatnost negativnog ishoda u prisustvu povišenog rizika. Općenito, religijska vjerovanja, vjerska praksa i duhovnost povezani su sa smanjenom vjerovatnoćom pokušaja suicida. Potencijalni posrednici u toj vezi, kao što su moralni prigovori na suicid i socijalna podrška, također štite od pokušaja suicida među osobama pod rizikom. Percepcija socijalne i porodične podrške i povezanosti također je proučavana izvan konteksta vjerske pripadnosti i pokazalo se da je značajno povezana sa nižim stopama suicidalnih ponašanja. Trudnoća i prisustvo mlađe djece u porodici također predstavljaju zaštitni faktor. (Nock i sur, 2008).

4. 1. Demografski faktori

Općenito, faktori rizika za počinjenje suicida uključuju muški spol, te adolescenciju ili stariju odraslu dob. S druge strane, demografski faktori rizika za suicidalna ponašanja uključuju ženski spol, mlađu dob, niži stepen obrazovanja, nezaposlenost te neudatost. Također pripadati ugroženim diskriminiranim grupama kao što su migranti i izbjeglice, zatvorenici i drugi predstavlja faktor rizika za počinjenje suicida (Nock i sur, 2008; Posner i sur, 2007). Qin i sur. (2003) su obavili pregled podataka osoba koje su počinile suicid u Danskoj u periodu od 1984 – 1997. godine. Analizirali su doprinos različitih varijabli kao faktora rizika suicidu. Rezultati pokazuju da je istopolna seksualna orijentacija povezana sa suicidom. Oni sugeriraju da bi tradicionalna porodična struktura mogla biti povezana s manjim rizikom od suicida, iako se sa sigurnošću ne može zaključiti da li do ovoga dolazi zbog samih poteškoća i neuspjeha sa kojima su suočeni homoseksualci ili zbog efekta odabira braka. Također, rezultati su pokazali da biti roditelj malog djeteta, umjesto biti samo u braku, objašnjava očigledni zaštitni učinak braka za žene, dok se čini da je brak sam po sebi zaštitni faktor za muškarce. Uz to, zaštitni efekat roditeljstva za muškarce bio je značajan samo za one s djetetom mlađim od dvije godine, dok je zaštitni efekat ostao značajan za žene s djetetom do šest godina. Njihova studija također pokazuje da je život u urbanim sredinama povećao rizik od suicida kod ženskih ispitanika, ali smanjio rizik kod muškaraca. Ova bi se razlika mogla objasniti aspektima života u velikom

gradu, koji različito utječu na muškarce i žene, (npr. bolje šanse za posao češće koriste muškarcima nego ženama). Rezultati koje su dobili Qin i sur. (2003) pokazuju također da ekonomski stresori poput nezaposlenosti i niskog dohotka povećavaju rizik od suicida više kod muškaraca nego kod žena. Ovi rezultati podržavaju hipotezu da muškarci snažnije reaguju na loše ekonomske uslove nego žene. Ljudi s većim rizikom od suicida, poput onih koji su u socijalno i ekonomski nepovoljnom položaju, također su u visokom riziku od prijema u bolnicu zbog mentalne bolesti. Ipak, Agerbo i sur. (2001) su u svom istraživanju otkrili neke nove i revolucionarne rezultate. Cilj njihove studije bio je steći dalji uvid u povezanost socijalnog položaja i mentalnog poremećaja. Ovi autori su utvrdili da su u općoj populaciji niski prihodi snažno povezani sa povećanom stopom suicida. Međutim, suprotno je ustanovljeno kod ljudi koji su prethodno hospitalizirani zbog suicida. Rezultati njihovog istraživanja pokazali su da su ljudi sa historijom mentalnih poremećaja i bolesti i visokim primanjima izloženi većem riziku od suicida od onih sa nižim prihodima. Pacijenti iz grupe visokih primanja, koji su nedavno pušteni iz hospitalizacije zbog suicida, su dva do tri puta rizičniji da počine suicid od pacijenata iz grupe nižih primanja. Bogatiji ljudi sa mentalnim poremećajem se zbog mentalne bolesti često osjećaju sramotnije, stigmatiziranije i ranjivije. U Danskoj, gdje je vršeno ovo istraživanje, ne postoje privatne psihijatrijske bolnice ili klinike. Moguće je da se liječenje fokusira na ljude iz nižih socijalnih klasa, jer je većina pacijenata nižeg socioekonomskog statusa, a osim toga, možda je manja vjerovatnoća da će biti primljeni pacijenti iz grupa s višim prihodima. Smatra se da bi ova povezanost mogla biti rezultat veće stigme povezane s mentalnim bolestima među bogatim ljudima ili, što je manje vjerovatno, da pacijenti iz ove grupe nisu dovoljno tretirani. Veći resursi dostupni bogatijim pacijentima mogu im omogućiti da izbjegnju prijem u bolnicu, sve dok njihovo psihijatrijsko stanje ne bude toliko ozbiljno da je hospitalizacija jedina opcija.

4. 2. Psihički poremećaji

Kako navodi Vulić – Prtorić (2004), suicid i pokušaji suicida nisu psihijatrijski poremećaji sami po sebi, već simptomi emocionalne patnje koji mogu biti povezani s određenim psihijatrijskim poremećajima, naročito depresijom. Psihološke autopsije pokazale su da je 90 – 95% osoba koji su počinili suicid imalo neki psihički poremećaj u vrijeme počinjenja suicida, a do 70% njih imalo je dvije ili više dijagnoza (Posner i sur, 2007). Isti procenti su zabilježeni i u istraživanjima na adolescentima i djecom koji su počinili suicid (Vulić – Prtorić, 2004). Klinički faktori značajno doprinose suicidalnom riziku, i većina suicidalnih osoba ispunjava

dijagnostičke kriterije za barem neki psihički poremećaj. Prekomjerna smrtnost je kritičan, podcijenjen ishod mentalnih bolesti.

Suicid je snažno povezan s poremećajima raspoloženja, posebno bipolarnim poremećajima i velikim depresivnim poremećajem, naročito među adolescentima i mladim odraslim osobama (Posner i sur, 2007; Vulić – Prtorić, 2004). Istraživanja su pokazala da su mladi ljudi koji su počinili suicid imali 10 puta češće poremećaj raspoloženja u periodu od šest do osam godina prije suicida u odnosu na mlade koji nisu pokušali počinuti suicid (Vulić – Prtorić, 2004). Depresija je najčešća dijagnoza kod adolescenata koji izvrše suicid i vrlo je česta i kod drugih suicidalnih ponašanja (Posner i sur, 2007). Depresivni adolescenti su pet puta skloniji suicidu u odnosu na svoje nedepresivne vršnjake (Vulić – Prtorić, 2004). U nedavnom pregledu Baldessarina i Tonda (2019, prema Baldessarini, 2020), kod više od 6000 psihijatrijskih pacijenata, koji su vremenom bili detaljno procijenjeni, rizik od suicida bio je najveći među osobama kojima je dijagnosticiran bipolarni poremećaj, s nešto višim stopama bipolarnog poremećaja tipa I od tipa II. Stopa suicida kod pacijenata sa bipolarnim poremećajem I bila je u prosjeku približno 15 puta veća od stope suicida u općoj populaciji. Pored toga, suicidalna djela smatrana su nasilnim kod 40% pacijenata s bipolarnim poremećajem I, dok su bila mnogo manje nasilna kod drugih poremećaja i među ženama.

Zajedno s poremećajima raspoloženja, psihotični poremećaji i poremećaji ličnosti predstavljaju najveći faktor rizika za suicid i suicidalno ponašanje. Iako su dokazi o povezanosti psihoze i suicidalnosti ograničeni, pokazalo se da je rizik od suicida za osobe sa shizofrenijom visok tokom prve psihotične epizode, što se često javlja u kasnoj adolescenciji, te tokom pet godina nakon uspostavljanja dijagnoze. U djetinjstvu je suicid, kao posljedica shizofrenije, relativno rijetka pojava, s obzirom da je i sam poremećaj na tom uzrastu rijedak (Posner i sur, 2007; Vulić – Prtorić, 2004). Haukka i sur. (2008) su u svom istraživanju otkrili da su poremećaji povezani sa shizofrenijom ili poremećaji raspoloženja gotovo udvostručili rizik od suicida. Poremećaje iz spektra šizofrenije imalo je 18% osoba koje su pokušale suicid, dok je 28% ispitanika imalo neki od poremećaja raspoloženja. Zanimljivo je da su pacijenti s poremećajima raspoloženja imali 59% veći rizik, a pacijenti sa poremećajima iz spektra shizofrenije 53% veći rizik od narednog pokušaja suicida tokom praćenja, nego osobe bez ovih poremećaja.

Drugi poremećaji koji predstavljaju glavne faktore rizika od suicida kod svih dobnih uzrasta uključuju anksiozne poremećaje, zloupotrebu supstanci te antisocijalna ponašanja, pri

čemu su posljednja dva značajno rasprostranjenija kod muškaraca, dok je kod djece deficit pažnje / hiperaktivni poremećaj čest faktor rizika (Nock i sur, 2008). Haukka i sur. (2008) su u svom istraživanju otkrili da su poremećaji povezani s alkoholom bili povezani s nasilnom smrću.

Posebno rizičan period za rizik od suicida je period neposredno nakon otpusta iz psihijatrijske bolnice, pri čemu je rizik najveći u prve dvije sedmice nakon otpusta (Baldessarini, 2020; Haukka i sur, 2008) i u prvoj godini nakon početnog suicidalnog razmišljanja (Nock i sur, 2014). Učestalost suicida kod pacijenata koji su otpušteni iz bolnice kreće se od oko 20% kod osoba s maničnom depresijom ili bipolarnim poremećajem, te do 5-10% kod osoba sa graničnim i antisocijalnim poremećajem ličnosti. Ovi rezultati ukazuju na važnost planiranja sigurnije naknadne njege, neposredno nakon završetka hospitalizacije, posebno među pacijentima s poremećajem raspoloženja, psihotičnim poremećajem ili poremećajem zloupotrebe opojnih supstanci. Iako su suicidalna ponašanja prisutnija nakon otpusta iz bolnice u odnosu na druge periode tokom trajanja hospitalizacije, ona su još uvijek rijetka, i ovakvi rezultati ne smiju utjecati na odbijanje pacijenata koje treba hospitalizirati. Raniji pokušaj suicida povećava rizik za suicid za oko tri puta. Kod muških adolescenata, raniji pokušaj suicida je najveći i najsnažniji faktor rizika i prediktor suicida koji povećava vjerovatnost za suicid za čak 30 puta (Vulić – Prtorić, 2004).

Struktura ličnosti znatno utječe na razvoj suicidalnosti, kako uz prisutnost psihičkih poremećaja, tako i u vrijeme krizne situacije u kojoj se ranjivi pojedinac nađe. Poremećaji ličnosti mogu biti ozbiljan rizični faktor da osoba počini suicid. Rizik od suicida posebno se velik kod osoba sa ozbiljnijim poremećajima ličnosti kao što su narcistički i granični poremećaj ličnosti. Antisocijalni poremećaj ličnosti također predstavlja rizični faktor za pokušaj suicida. Ipak, osobe koje imaju ovaj poremećaj, suicidalno ponašanje uglavnom koriste kao sredstvo za manipuliranje okolinom ili da se oslobode napetosti (Pupovac, 2017).

4. 3. Osobine ličnosti

Van Heeringen i sur. (2003) su u svom radu iznijeli neke rezultate koji se tiču povezanosti suicida i različitih crta ličnosti. Navode da neke crte ličnosti mogu biti faktor rizika za suicid, neovisno o vrsti psihijatrijskog poremećaja koji je prisutan kod osobe. Oni posebno ističu impulsivnost, no i agresija, ljutnja, iritabilnost, perfekcionizam, nisko samopoštovanje, teškoće u vještinama rješavanja problema i sram su također crte ličnosti koje predstavljaju rizičan faktor za suicidalno ponašanje.

Impulsivnost predstavlja zajednički aspekt većine poremećaja ličnosti i povezana je sa poremećajima kao što su zloupotreba supstanci, deficit pažnje / hiperaktivni poremećaj kod djece, ali i agresivnim ponašanjem, naročito u mlađoj dobi (Mann, 1999; McGirr i sur, 2008; Pupovac, 2017; Van Heeringen i sur, 2003). Impulsivnost se definira kao nemogućnost opiranja vlastitom podražaju ili ponašanju bez razmatranja posljedica takvog ponašanja i bez mogućnosti da se sebi prikažu činjenice vezane uz impulsivni čin. Impulsivnost je pod velikim utjecajem gena i osobe koje je imaju predisponirane su za suicidalno ponašanje. Smatra se glavnom dimenzijom suicidalnosti i može biti faktor rizika za suicidalno ponašanje bez obzira na psihički poremećaj (Mann i sur, 1999). Impulsivnost u suicidalnom ponašanju može se pripisati samom činu (stanje) ili izvršiocu čina (osobina). To znači da je impulsivnost vezana za suicidalnost na dva načina. Osim što je prisutna kod pojedinaca koji pokazuju suicidalno ponašanje, sam suicidalni čin može biti impulsivan (Baca-Garcia i sur, 2005). Međutim, većina suicida se dugo planira ili su rezultat mnogo neuspješnih i nedovršenih pokušaja suicida, zbog čega se suicidalnost ne može objasniti samo impulsivnim ponašanjem (Evenden, 1999).

Druga osobina ličnosti koja predstavlja faktor rizika za suicid jeste *perfekcionizam*. Perfekcionizam predstavlja sklonost postavljanju visokih standarda i potrebu za neprekidnim učinkom na visokom nivou. Perfekcionisti teško podnose neuspjeh i skloni su pojedinačne neuspjehe generalizovati i tumačiti kao neuspjeh u svim aspektima života. Perfekcionizam je povezan s nizom psihičkih poremećaja kao što su depresija, anksioznost, anoreksija i poremećaji ličnosti. Kada perfekcionista ne uspijeva dostići određeni nivo, koju percipira kao postignuće nametnuto od strane okoline, on doživljava sram i frustraciju. Mnoge studije potvrđuju povezanost perfekcionizma i suicidalnosti (Pupovac, 2017).

Još jedna crta ličnosti povezana sa suicidom je *narcizam*. Narcističnoj ličnosti suicidalna ponašanja mogu dati osjećaj posebnosti i kontrole. Ove osobe često imaju grandiozne deluzije o vlastitoj nepovrjedivosti i vjeruju da im suicidalno ponašanje ne može naštetiti (Pupovac, 2017). Osim toga, ukoliko dođe do narušavanja slike o njihovom vlastitom savršenstvu, lako mogu početi da se ponašaju autodestruktivno kako bi uništili otkrivene slabosti. Također, narcističke osobe teško prihvataju kritiku, a njihova osjetljivost i burna reakcija na kritiku, te manjkavost u regulaciji afekta mogu rezultirati nepredviđenim, impulsivnim činom suicida (Ronningstam, 2008).

4. 4. *Genetski i biološki faktori*

Faktori rizika za suicidalno ponašanje su tradicionalno posmatrani odvojeno. Biološki, socijalni i psihološki faktori istražuju se u zasebnim kategorijama. Razvoj nauke pokazao je da ovakva, formalna podjela na zasebne kategorije ne daje potpuna objašnjenja ove kompleksne pojave (Marčinko, 2006). Mann (1999) smatra da je suicidalnost rastući proces, koji se kreće u rasponu od blažih do težih oblika. Prema njemu, suicidalnost se razvija i na njega ne utječu samo psihički poremećaji (stres, okidači), već i predisponirajući faktori (dijateza). Čak i u psihijatrijskim grupama s najvećim rizikom, većina pacijenata nikada ne pokuša suicid, što ukazuje na važnost dijateze ili predispozicije za suicidalno ponašanje koja je neovisna o glavnom psihijatrijskom poremećaju (Mann, 2003).

Studije na blizancima i članovima porodica pružaju dokaze o nasljednom riziku od suicida i suicidalnog ponašanja. Veliki dio porodične historije suicidalnog ponašanja može se objasniti rizikom povezanim s psihičkim poremećajima. Ipak, neka istraživanja su pružila dokaze za porodično prenošenje suicidalnog ponašanja, uprkos kontroli poremećaja raspoloženja i psihotičnih poremećaja (Nock i sur, 2008). Studije na blizancima i usvojenom djecom pokazuju da je porodična anamneza suicidalnih pokušaja i ponašanja u vezi sa suicidalnim ponašanjem pojedinca. Stope suicida i pokušaja suicida veće su kod jednojajčanih u odnosu na dvojajčane blizance (Baldessarini i Hennen, 2004). Kod monozigotnih blizanaca utvrđena stopa podudaranja za pokušaje suicida iznosila je 13%, u odnosu na 0.7% kod dizigotnih blizanaca, neovisno o komorbidnom psihijatrijskom poremećaju (Marčinko, 2006). Nasljednost suicida i pokušaja suicida usporediva je s nasljednošću drugih psihijatrijskih poremećaja, poput bipolarnog poremećaja i shizofrenije. Međutim, specifični geni, koji doprinose riziku od suicida neovisno o povezanim psihijatrijskim poremećajima, su nepoznati. Kako je aktivnost serotonina povezana sa suicidalnim ponašanjem, te je djelomično pod kontrolom gena, istraživači se bave ispitivanjem veze između genetske varijacije u genima vezanim za serotonin i suicidalnog ponašanja te impulsivne agresije (Mann, 2003).

Biološki faktori koji se najviše istražuju u području suicidalnosti jesu promjene u serumskoj koncentraciji holesterola i abnormalnosti serotoninskog sistema (Marčinko, 2006). Serotoninski sistem je jedan od najstarijih neurotransmiterskih sistema u mozgu. Serotonin, zbog svoje široke rasprostranjenosti u mozgu i više receptorskih subtipova, ima veliki utjecaj na mnoge simptome povezane sa suicidalnošću (Mann, 1999). Faktori koji su najviše u korelaciji sa suicidalnim ponašanjem uključuju poremećaje u radu inhibicijskog neurotransmitera serotonina. Osobe koje počine suicid imaju niže razine metabolita serotonina

u svojoj cerebrospinalnoj tečnosti, veće vezanje receptora za serotonin u trombocitima i manje mjesta za preinaptički serotonin, te veće postsinaptičke receptore serotonina u specifičnim područjima mozga, kao što su prefrontalni korteks, što utječe na deficit u sposobnosti inhibicije impulsivnog ponašanja. Međutim, slični deficiti u serotonergičnom funkcioniranju nalaze se u drugim impulsivnim / agresivnim ponašanjima kao što su nasilje, alkoholizam i podmetanje požara te izgleda da nisu nespecifični za suicid (Nock i sur, 2008).

4. 5. Sezonski faktori

Primijećene su sezonske varijacije u stopi suicida. Neka rana istraživanja su pokazala da se u vrijeme praznika i blagdana može pojačati suicidalnost. U ovom periodu podrazumijeva se da ljudi budu sretni u krugu svoje porodice, no osjećaji usamljenosti i napuštenosti mogu se pojačati ukoliko je osoba udaljena od porodice ili je izgubila blisku i dragu osobu koja joj nedostaje. Također, negativne emocije se mogu pojačati i u vrijeme rođendana bliskih ljudi koji više nisu tu, što može pojačati suicidalnost (Vulić – Prtorić, 2004). Suprotno mišljenju i mitu stvorenom oko suicidogenih božićnih praznika, istraživanja pokazuju da je učestalost suicida veća u proljeće i rano ljeto (sa vrhuncem u aprilu), dok je značajno niža stopa suicida zabilježena u doba zimskih mjeseci (u decembru) (Haukka i sur, 2008; Kposowa, 2010; Postolache i sur, 2010). Kim i sur. (2004) su u svom istraživanju na muškarcima izvijestili su da su žrtve suicida s historijom hospitalizacije zbog poremećaja raspoloženja pokazale sezonski obrazac proljeće/ljeto, za razliku od žrtava suicida s poremećajima ličnosti, koje nisu pokazale sezonsku distribuciju suicida, te onih sa psihotičnim poremećajima koji su skloni suicidu češće u jesen/zimu. Valtonen i suradnici (2006) su u svom istraživanju također primijetili postojanje vremenskih obrazaca u pokušaju suicida i to kod pacijenata s poremećajima raspoloženja i zloupotrebom supstanci, ali ne i kod pacijenata sa poremećajima iz spektra shizofrenije.

Općenito, postoji nekoliko teorija o pokretačkim snagama koje utječu na sezonske vrhunce suicida. Povećan broj suicida u proljeće Durkheim objašnjava jačom društvenom povezanošću tokom zimskih mjeseci (Pupovac, 2017). Kposowa i sur. (2010) ističu ulogu razvoja modernih telekomunikacija i informatičke povezanosti, koji u doba niskih temperatura omogućavaju održavanje kontakta među ljudima, zahvaljujući čemu je društvena interakcija zimi nerijetko i intenzivnija nego ljeti, kada mnogi odlaze na godišnje odmore i putovanja. Chew (1995) navodi da je sezonalnost suicida u pozitivnoj korelaciji sa sezonalnošću drugih vrsta društvenih aktivnosti (mjereno u ovoj studiji udjelom nacionalnih radnih snaga angažovanih u poljoprivredi). On također tvrdi da samo populacije u umjerenom toplotnom pojasu pokazuju sezonalnost suicida, što ukazuje na određeni kontekstualni utjecaj vezan za

geografsku širinu. Većina rezultata istraživanja sugerira da je vrhunac suicida veći u ruralnim nego u urbanim područjima, i kod radnika na otvorenom u usporedbi s radnicima u zatvorenom, što ukazuje na mogućnost da određeni vanjski okolinski faktor može doprinijeti vrhuncima suicida u proljeće. U tom slučaju, ovaj faktor može biti fizički, hemijski, biološki, socioekonomski ili neka kombinacija ovih varijabli.

Jedna od teorija koja objašnjava sezonsku varijaciju u stopi suicida jeste *bioklimatska*. Ova teorija objašnjava da sezonske promjene jakog svjetla, fotoperiode i druge meteorološke varijable, poput temperature okoline, mogu izazvati nepovoljne promjene u sistemima neurotransmitera. Iako mnogi faktori koreliraju sa vrhuncem suicida, nijedan samostalni faktor nema dosljednu podršku. Na primjer, okolinski faktor koji se najčešće spominje kao pokretač vrhunca suicida je svjetlost. Fotoperiod (dužina dana od izlaska do zalaska sunca), promjene u fotoperiodu i intenzitet svjetlosti predloženi su kao moguće pokretačke snage za vrhunce suicida i depresije. Međutim, nakon pažljivog ispitivanja, vrhunci suicida (april i maj) ne podudaraju se s vrhuncem fotoperioda ili vremena kada su fotoperiodične promjene najveće.

Postolache i sur. (2010) ističu da je u mnogim istraživanjima, osim zabilježenog vrhunca suicida, zabilježeno i pogoršanje njegovog najistaknutijeg čimbenika rizika, poremećaja raspoloženja, što se očituje u povećanom prijemu u bolnicu, pogoršanja depresije i dr. Povezanost između proljetnog vrhunca suicida i sezonske depresije prvi put je primijećena i sugerirana prije više od 30 godina (Postolache i sur, 2010). Guzman i sur. (2007) su ispitivali doprinos nekih sezonskih faktora okoline kao potencijalnih okidača za sezonske promjene u raspoloženju. Jedan od takvih faktora, za koji je poznato da kod velikog broja ljudi izaziva sezonske alergije, je visok nivo polena u prirodi. Različiti autori (Guzman i sur, 2007; Postolache i sur, 2010) izvještavaju o povezanosti između visokog nivoa polena i veće stope suicida, odnosno preklapanju perioda vrhunca polena u prirodi i vrhunca suicida. Pronašli su da veća koncentracija alergena u proljeće izaziva produkciju citokina koji doprinosi razvoju depresije, odnosno povećanim pogoršanjem poremećaja raspoloženja u proljeće. Polen indukuje snažnu upalnu reakciju respiratornog trakta kod alergičnih osoba, a okidači upale povezani su s akutnim pogoršanjem raspoloženja i kod zdravih osoba. Na osnovu vremenske podudarnosti između sezonskog vrhunca polena i vrhunca suicida, pretpostavlja se da bi sezonalnost suicida mogla biti vođena kombinacijom pokretača okoline i ranjivosti, tj. sezonskih aeroalergena i trostruke ranjivosti na alergiju, depresiju i suicid. Maes i sur. (1993) u svom istraživanju pronalaze da su sezonske varijacije suicida bile prisutne kod nasilnog, ali ne i kod nenasilnog suicida. S druge strane, agresija je važna bihevioralna komponenta koja

kod depresivnih osoba povećava rizik za suicidalna ponašanja. Istraživanja su pokazala da glodavci izloženi polenu drveća i izloženi akutnom stresu, pokazuju agresivno ponašanje na rezidentnom testu uljeza. Budući da stres igra kritičnu ulogu u ispoljavanju kliničkih simptoma alergije, takođe i u suicidalnom ponašanju, istraživači su proučavali ulogu akutnog stresa. Rezultati su pokazali da alergije povećavaju agresivno ponašanje niskog intenziteta samo u interakciji sa akutnim stresom. Budući da su akutni stresori nepredvidive prirode, rezultati navode da su sezonske alergije neophodan, ali nedovoljan faktor koji može povećati rizik od suicidalnog ponašanja tokom proljeća pojačanim agresivnim ponašanjem. Ovo se povezuje s činjenicom da je agresija važna komponenta izvršenog suicida (Mann, 2003). Konačno, žrtve suicida imaju povećan nivo genetske ekspresije citokina povezanih s alergijama u orbitofrontalnom korteksu (Tonelli i sur, 2008), dijelu mozga koji manifestuje histopatološke abnormalnosti kod žrtava suicida (Mann 2003). Ovi rezultati sugeriraju da alergija i stres povećavaju ponašanje nalik agresivnom, ukazujući da ovi uslovi mogu biti važni faktori koji promoviraju izmijenjenu emocionalnu reaktivnost s potencijalom da utječu na suicidalno ponašanje (Tonelli i sur, 2008).

4. 6. Socijalni faktori

Socijalna izolacija, diskriminacija, konfliktni odnosi, poteškoće u pristupu zdravstvenoj zaštiti i pružanju potrebne njege i skrbi, laka dostupnost sredstava za počinjenje suicida, neprimjereno izvještavanje medija koje senzacionalizira suicid i povećava rizik od istog, te stigmatiziranje ljudi koji traže pomoć zbog suicidalnog ponašanja ili problema mentalnog zdravlja povezani su sa suicidom (Posner i sur, 2007). Ovi faktori očito nisu nezavisni jedni od drugih ili od psihijatrijskih bolesti. Psihijatrijski poremećaji mogu dovesti do gubitka posla, prekida braka ili veze ili neuspjeha u stvaranju takvih veza. Osim toga, psihički problemi ili prisustvo poremećaja kao i nepovoljne psihosocijalne okolnosti mogu udruženo djelovati i na taj način povećati stres osobe, a samim time, potencijalno povećati rizik od suicidalnog ponašanja. Dakle, teško je odvojiti utjecaj psihosocijalnih nedaća od utjecaja psihijatrijskih bolesti (Mann, 2003).

Važno je istaći i utjecaj medija na mlade, te kako oni mogu potaći suicidalna ponašanja. Na rizik od suicida, posebno kod adolescenata, utječe imitacija i glamurno, senzacionalno izvještavanje novina. Medijsko praćenje, izvještavanje o suicidima poznatih ličnosti, kao i detaljni prikazi suicida u filmovima i serijama koji su popularni među mladima, mogu povećati rizik za suicidalno ponašanje. Na ovaj način, mediji nenamjerno mogu poslati poruku mladim ljudima da je suicid prihvatljiv, a često i herojski čin. Kao posljedica toga javlja se imitacija

ponašanja gdje mladi doživljavaju suicid kao način rješavanja životnih problema i izlaz iz stresnih situacija (Vulić – Prtorić, 2004). U jednom istraživanju je pokazano da je gledanje televizije povezano sa agresivnim ponašanjem kod adolescenata i odraslih. Pojava 3-5 nasilnih radnji na sat tokom udarnih televizijskih emisija i 20-25 nasilnih radnji na sat tokom dječjih programa mogla bi objasniti takav nalaz (Mann, 2003).

4. 7. Stresni i drugi životni događaji

Većina teorijskih modela suicidalnog ponašanja predlaže model dijateza-stres u kojem psihijatrijski, psihološki i biološki faktori predisponiraju osobu za suicidalno ponašanje, dok stresni životni događaji u interakciji s takvim faktorima povećavaju rizik. U skladu s takvim modelom, suicidalnim ponašanjima često prethode stresni događaji, uključujući porodične i interpersonalne sukobe i prisutnost pravnih, zakonskih i disciplinskih problema. Utjecaj konstantnog stresa može objasniti zašto osobe koje se bave određenim zanimanjima, poput ljekara, vojnog osoblja i policajaca, mogu imati veću stopu suicidalnih ponašanja, međutim, ovaj povećani rizik može se objasniti demografskim i ličnim karakteristikama ljudi koji odaberu takva zanimanja. Stresori poput perinatalnih stanja, loših zdravstvenih stanja, prekida emocionalnih veza, gubitka voljenih osoba, ratnih stanja, izbjeglištva, problema u interpersonalnim odnosima, problema u školi kod djece, zlostavljanja djece, nezaposlenosti, siromaštva također su povezani sa naknadnim suicidalnim ponašanjem (Mann, 1999; Nock i sur, 2008). Istraživanja su pokazala da su stresna porodična okruženja, sa čestim konfliktima i nedostatkom međusobne podrške faktor rizika za suicidalno ponašanje. Jedan od najznačajnijih faktora rizika za suicidalne adolescente jeste konflikt sa roditeljima. Bowlby je smatrao da je funkcija suicidalnih pokušaja kod mladih da izazovu reakciju kod roditelja. Pri tome, namjera može biti da se kazni roditelj i upozori da bude pažljiviji ili/i da se ukaže na patnju i potrebu za pažnjom i pomoći. Osim toga suicidalni pokušaji mogu imati funkciju privremenog prekida sukoba između članova obitelji, obzirom da će se oni ujediniti kako bi se pomoglo suicidalnom članu (Vulić – Prtorić, 2004).

Henson i sur. (2019) su primijetili porast rizika od suicida (čak za 20%) kod osoba s dijagnosticiranim karcinomom u odnosu na one u općoj populaciji. Rizik od suicida bio je posebno visok u prvih šest mjeseci nakon dijagnoze karcinoma, kao i među onima s jednim od nekoliko specifičnih oblika karcinoma (uključujući mezoteliom, karcinom gušterače, jednjaka i pluća). Mann (2003) je također otkrio da potencijalno fatalne bolesti kao što je karcinom, nose 2–4 puta povećani rizik od suicida u odnosu na opću populaciju, osim ako ne postoji komorbidni psihijatrijski poremećaj koji dodatno povećava rizik. Veći rizik za suicid primijećen je kod

osoba s neurološkim poremećajima, poput epilepsije, zatim bolesti kao što su AIDS, Huntingtonova bolest, ozljede glave i cerebrovaskularne bolesti. Nadalje, infekcije izazivaju upalu i kao takve mogu aktivirati neuroinflamatorne mehanizme što dovodi do depresije i suicidalnih simptoma. Određene infekcije mogu biti posebno snažni okidači jer napadaju centralni nervni sistem, a neke od njih uključuju herpes viruse, HIV i virus hepatitisa C (Brundin i sur, 2017).

4. 8. Vršnjačko nasilje

Naučno zanimanje za problem vršnjačkog nasilja i njegove negativne kratkoročne i dugoročne posljedice pojavio se nakon objavljenih vijesti o suicidu tri norveška dječaka 1982. godine, koja su se desila kao reakcija na teško vršnjačko nasilje (Ttofi i sur, 2011). Sam čin zlostavljanja je definisan kao „agresivna, namjerna djela koja vrši grupa ili pojedinac više puta i duži vremenski period nad žrtvom koja ne može lako da se odbrani“ (Olweus, 1993; prema Menesini i Salmivalli, 2017). Ova definicija, međutim, našla se na udaru kritika, što je dovelo do novije definicije nasilništva zasnovane na evolucijskoj teoriji koja koja definira nasilje kao čin kada pojedinac koristi ciljno usmjereno ponašanje koje nanosi značajnu štetu drugoj osobi u kontekstu neravnoteže snage. Tri kriterija su relevantna za definiranje agresivnog ponašanja kao nasilništva: (1) ponavljanje, (2) namjera (3) neravnoteža moći. U školskom kontekstu je vršnjačko nasilje najčešći oblik nasilja među djecom i mladima. Brojna istraživanja pokazuju da su učenici s invaliditetom, izbjeglice, djeca koja pate od gojaznosti, djeca koja pripadaju etničkim ili seksualnim manjinama ili djeca koja se razlikuju od vršnjačke grupe izloženi većem riziku od zlostavljanja u odnosu na svoje druge vršnjake (Menesini i Salmivalli, 2017). Najveći broj zlostavljanja dešava se tokom srednjoškolskih godina, a ima tendenciju smanjenja do kraja srednje škole.

Nasilje u školi je globalni problem koji može imati negativne posljedice na opću školsku klimu i na pravo učenika da bez straha uče u sigurnom okruženju. Nasilje može imati i negativne doživotne posljedice - kako za učenike koji su žrtve, tako i za njihove nasilnike (Banks, 1997). Osim toga, nasilje može imati i negativan utjecaj na posmatrača (Menesini i Salmivalli, 2017). Studija koja je ispitala antecedente samoubistva tokom 50 godina praćenja iz 1958. godine, otkrila je da viktimizacija u dobi od sedam godina može utjecati na dugoročni rizik od suicida pojedinca (Geoffroy i sur, 2014). Ovu povezanost jača i činjenica da iskustvo sa vršnjačkim nasiljem doprinosi depresiji, sniženom samopoštovanju, beznađu i usamljenosti, što predstavlja prediktor suicidalnih misli i ponašanja (Hinduja i Patchin, 2010).

Ranije studije (Klomek i sur, 2009; Klomek i sur, 2010; Sourander i sur, 2009) pokazale su da su djevojke rjeđe upletene u nasilje, ali imaju veći rizik od značajnih poteškoća u odrasloj dobi za razliku od dječaka, a koje su posljedica zlostavljanja. Među djevojčicama, česta viktimizacija, u odsustvu povremenog nasilničkog ponašanja, bila je povezana s kasnijim suicidalnim ponašanjem, čak i nakon kontrole psihopatologije. Kaltiala – Heino i sur. (1999) ispitali su povezanost između zlostavljanja u školi, depresije i suicidalnih ponašanja. Rezultati su pokazali da je među dječacima koji su često bili maltretirani (barem jednom sedmično) 4% imalo ozbiljne suicidalne ideje, dok je stopa suicida kod dječaka koji nisu proživljavali zlostavljanje iznosila 1%. S druge strane, među djevojčicama koje su često bile maltretirane, 8% je pokazalo znakove teških suicidalnih ideja (u poređenju s 1% za djevojčice koje nisu bile zlostavljane). Slični trendovi utvrđeni su u Rolandovoj (2002, prema Hinduja i Patchin, 2010) studiji u kojoj je učestvovalo 1.838 norveških učenika osmih razreda. Dječaci koji su bili zlostavljani patili su od suicidalnih ideja 2,5 puta više od dječaka koji nisu bili zlostavljani, dok su zlostavljane djevojčice imale 4,2 puta više suicidalnih misli od onih koje nisu bile zlostavljane. Ove razlike između dječaka i djevojčica možemo objasniti različitim vrstama vršnjačke viktimizacije kojima su izložene djevojčice i dječaci. Dječaci češće doživljavaju više otvorenu, fizičku viktimizaciju, dok su djevojčice češće žrtve indirektna, relacijske viktimizacije. Utvrđeno je da relacijska viktimizacija ima veći utjecaj na mentalne poteškoće (depresiju i usamljenost) od otvorene viktimizacije (Klomek i sur, 2009; Menesini i Salmivalli, 2017).

Mladi koji zlostavljaju druge također su u povećanom riziku za suicidalne misli, pokušaje i počinjene suicide (Hinduja i Patchin, 2010). Kaltiala – Heino i sur. (1999) su u svom istraživanju otkrili da je čak 8% dječaka i 8% djevojčica, koji su maltretirali svoje vršnjake (barem jednom sedmično), pokazalo pojavu ozbiljnih suicidalnih ideja. Suicidalno ponašanje dječaka koji često zlostavljaju druge može biti više posljedica psihopatologije, a ne samog nasilničkog ponašanja. Osim toga, neka istraživanja pokazala su da su mnogi zlostavljači prethodno bili žrtve zbog čega i sami pate od različitih psiholoških i psihosomatskih problema koji mogu povećati rizik od suicidalnih ponašanja. (Klomek i sur, 2015). U istraživanju američke srednjoškolske djece (uzrasta 13-18 godina) koja su praćena četiri godine nakon završetka srednje škole, pokazano je da su oni koji su bili samo nasilnici na početku studije (bez istodobne depresije ili drugog faktora rizika za suicid) imali veći nivo depresije i suicidalnih ideja na kraju istraživanja od onih koji su bili samo žrtve (Klomek i sur, 2011). U Rolandovoj (2002, prema Hinduja i Patchin, 2010) studiji u kojoj je učestvovalo 1.838 norveških učenika

osmih razreda, dječaci koji zlostavljaju druge patili su od suicidalnih misli 3,8 puta više od dječaka koji nisu nasilnici, dok su djevojčice koje zlostavljaju druge patile od suicidalnih misli osam puta više od nenasilnih djevojčica. Klomek i sur. (2008) proveli su prvu longitudinalnu studiju o vršnjačkom nasilju i suicidu, te su ustanovili da mladi koji su često zlostavljali druge u dobi od osam godina češće imali suicidalne ideje i razmišljali o samoubistvu sa 18 godina u poređenju sa mladima koji nisu zlostavljači. Ipak, ta veza nestaje prilikom kontrole depresije. Iako je podjednako vjerovatno da će se depresija pojaviti i među žrtvama i među nasilnicima, ipak, pod najvećim rizikom su oni adolescenti koji su žrtve i nasilnici u isto vrijeme (Winsper i sur, 2012).

Dakle, adolescenti koji su zlostavljani i oni koji su nasilnici, izloženi su povećanom riziku od depresije i suicida. Ovi nalazi ukazuju da treba uzeti u obzir potrebu za psihijatrijskom intervencijom ne samo za žrtve nasilja, već i za nasilnike. Intervencije usmjerene na smanjenje zlostavljanja u školama, kao i psihijatrijska procjena i tretman nasilnika i žrtava, također mogu spriječiti depresiju i suicidalna ponašanja (Brundin i sur, 2017; Kaltiala – Heino i sur. 1999).

4. 9. Zlostavljanje putem Interneta

Posljednjih godina svjedoci smo mnogim čudima koja su se desila zahvaljujući razvoju informacionih tehnologija. Mladi su posebno imali koristi od ovog napretka, stekavši brojne prednosti korištenjem Interneta i mobilnih telefona - kao što su pristup obrazovnim informacijama, resursima i mrežama za zajedničko učenje, razvoj i održavanje odnosa i prijateljstva sa vršnjacima, mjesto za kreativnost, građanske aktivnosti i slično (Cassidy i sur, 2013). Međutim, Internet ne samo da pruža brojne izazove i prilike mladima, već predstavlja i opasnost i rizik. Neki od rizika odnose na agresiju, različite oblika zlostavljanja i uznemiravanja, dok se drugi rizici odnose na seksualnu aktivnost, slanje poruka sa seksualnim sadržajem, ucjenjivanje maloljetnika seksualnim sadržajima i slično. Bilo koji oblik zlostavljanja putem Interneta naziva se *cyber zlostavljanje* (sajber/internet/elektronsko). Definicije za nasilje, možemo proširiti i na definiranje cyber zlostavljanja. Internet nasilje se stoga može definisati kao agresivan, namjerni čin koji vrši skupina ili pojedinac, koristeći elektronske oblike kontakta, opetovano određeni vremenski period protiv žrtve koja se ne može lako odbraniti (Smith i sur, 2006).

Istraživači su sve više ističu razlike između tradicionalnog nasilja licem u lice i cyber zlostavljanja. Naprimjer, činjenica da žrtva i počinitelj komuniciraju u virtuelnom prostoru znači da počinitelj ne može vidjeti neposrednu reakciju žrtve na njegovo ili njezino ponašanje,

što omogućava desinhibiciju i deindividuaciju. Odsječenost od emocionalnog utjecaja nečijeg ponašanja može stvoriti razdvojenost koja otupljuje empatični odgovor izazvan viđenjem boli koju čovjek izaziva. S druge strane, nemogućnost da se vidi reakcija žrtve ili demonstriranje vlastite moći pred drugima, može učiniti internet zlostavljanje manje privlačnim za one nasilnike koji uživaju u ovoj vrsti povratnih informacija. Drugi, pak, sugeriraju da će neki nasilnici uživati u očekivanju da kasnije vide reakciju ili utjecaj maltretiranja. Još jedan aspekt komunikacije u virtuelnom svijetu, koji stvara razliku između nasilja licem u lice i cyber maltretiranja, je mogućnost anonimnosti u mrežnim komunikacijama. Dok tradicionalna žrtva zna ko vrši maltretiranje, žrtva internet maltretiranja nije nužno upoznata sa zlostavljačem i ne mora znati ko se krije iza pseudonima. Međutim, zlostavljanje putem Interneta se češće dešava od strane osoba koje se međusobno poznaju nego od stranaca (Cassidy i sur, 2013). Razlika u virtuelnom prostoru je u tome što se stotine počinitelja mogu uključiti u zlostavljanje, a drugovi iz razreda, koji se možda neće uključivati u nasilje u školi, mogu se sakriti iza uređaja te tako vršiti nasilje. Neravnoteža moći između žrtava i počinitelja pojačana je opsegom publike dostupne zlostavljačima. Rasističke, seksističke ili homofobne izjave i kompromitujuće seksualne fotografije mogu se mijenjati i slati neograničenoj publici (Shariff i sur, 2006).

Postoje mnoge vrste cyber agresije tj. zlostavljanja putem Interneta uključujući slanje uznemiravajućih ili prijetećih poruka (putem tekstualne poruke, e-maila, socijalnih mreža), objavljivanje pogrđnih komentara o nekome na Internetu, društvenim mrežama ili fizički prijetnja, ucjenjivanje ili zastrašivanje nekoga u kontekstu društvenih mreža i slično (Hinduja i Patchin, 2010; Smith i sur, 2014). Da je internet zlostavljanje nekada opasnije od tradicionalnih oblika zlostavljanja potvrđuje i istraživanje Smitha i sur. (2006). Naime, rezultati njihove studije pokazali su da zlostavljanje iskorištavanjem nečijih slika, videa i putem telefonskih poziva ima veći negativni utjecaj na učenike koji su žrtve zlostavljanja nego tradicionalni oblici zlostavljanja. Pet je glavnih razloga zbog kojih se to može očekivati: 1) postojanost računarskih poruka (u usporedbi s verbalnim izjavama), jer su one sačuvane u web lokacijama, aplikacijama i korisničkim uređajima; 2) lakoća i sloboda s kojima se mogu upućivati štetne, sramotne ili preteće izjave; 3) poteškoće u otkrivanju nedoličnog ponašanja, identifikaciji počinitelja, dokazivanju ili potvrđivanju pogrešnog postupka i izricanju značajne sankcije; 4) činjenica da se viktimizacija proširuje izvan škole, igrališta, autobusnog stajališta ili susjedstva zbog prisutnosti računara i mobitela; i 5) sve veći broj potencijalnih žrtava i prestupnika kako mladi sve više prihvaćaju nove komunikacijske tehnologije, uređaje i medije kao sredstvo komunikacije (Hinduja i Patchin, 2010).

Značajno je da, premda cyber zlostavljanje započinje anonimno u virtuelnom okruženju, to utječe na učenje u okruženju škole. Strah od nepoznatih počinitelja i zlostavljača među školskim kolegama i maltretiranje koje se nastavlja u školi mogu biti psihološki pogubni za žrtve, a osim toga, mogu imati negativne posljedice i na posmatrača i počinitelje (Shariff i sur, 2006). Posljednjih godina, širenjem informacijskih i komunikacijskih tehnologija, došlo je do povećanja vršnjačke agresije. Zabilježeno je i dosta slučajeva gdje su tinejdžeri zbog zlostavljanja i maltretiranja putem Interneta, oduzeli sebi život (Hinduja i Patchin, 2010).

Pojava nedavno nazvana „*cyberbullicide*“ odnosi se na suicid posredno ili izravno izazvan utjecajem iskustva sa internet agresijom i zlostavljanjem putem Interneta i društvenih mreža (Hinduja i Patchin, 2010). Jedna američka studija (Bauman i sur, 2013) otkrila je da je viktimizacija, kao posljedica cyber-nasilja, povezana sa suicidalnim razmišljanjima, s tim da je jača povezanost između tradicionalne viktimizacije i pokušaja suicida kod žena, a snažnija povezanost između cyber-nasilja nad drugima i pokušaja suicida za muškarce. U ovoj studiji utvrđeno je da je depresija značajan medijator između viktimizacije i pokušaja samoubistva, posebno za žene. Hinduja i Patchin (2010) su proveli istraživanje na američkim srednjoškolicima, a cilj im je bio ustanoviti da li postoji povezanost između vršnjačkog nasilja i suicidalnog ponašanja. Rezultati su otkrili da je od ukupnog uzorka (2000 učenika) čak 20% izjavilo da je ozbiljno razmatralo da počini suicid, dok je 19% izjavilo da je pokušalo izvršiti suicid. I tradicionalno i internet zlostavljanje bili su značajno povezani s porastom suicidalnih ideja među učenicima, ali i sa porastom vjerojatnoće da je ispitanik pokušao izvršiti suicid.

Ipak, prilikom donošenja zaključaka treba biti oprezan. Iako rezultati različitih istraživanja pokazuju povezanost između različitih oblika vršnjačkog nasilja i suicida, nemoguće je zaključiti da su suicid i suicidalne misli neke osobe direktna posljedica iskustva sa zlostavljanjem. Iako su samoubistva, navodno prouzrokovana internet zlostavljanjem, privukla veliku pažnju medija u posljednje vrijeme, suicid nije najčešća posljedica zlostavljanja. Neki autori tvrde da se čak i u slučajevima kada su mladi ljudi izvršili suicid zbog internet zlostavljanja, suicid se ne može izravno (ili isključivo) pripisati internet zlostavljanju, jer je bilo drugih značajnih problema koji su utjecali na mentalno zdravlje i blagostanje tih mladih žrtava prije njihove smrti (Cassidy i sur, 2013).

5. PREVENCIJA

Iako neki smatraju da je prevencija suicida gotovo nemoguća, u specifičnim okolnostima, moguće je intervenirati i prevenirati ga intervencijama koje su bazirane na naučnim dokazima, pri čemu mnoge nisu skupe za provođenje (World Health Organization, 2019). Nedostatak napretka u prevenciji suicida, velikim dijelom je posljedica ograničenog razumijevanja ovog problema. Suicidalne misli i ponašanja rijetko se javljaju u istraživačkom laboratoriju gdje se mogu pažljivo ispitati, a ne postoji ni tehnologija koja bi mogla proučavati ove fenomene. Kao rezultat toga, nedostaje čvrsto razumijevanje osnovnih svojstava suicidalnog ponašanja, te kada, zašto i gdje se ono razvija (Nock i sur, 2019). Bolje razumijevanje faktora rizika za suicid, kao i veličine učinka poznatih faktora rizika u općoj, ali i rizičnoj populaciji, presudno je za dizajniranje efikasnih programa prevencije suicida (Qin i sur, 2003).

Općenito, prevencija obuhvata koncept smanjivanja rizika javljanja nekog fenomena ili pojave (bolesti, ponašnja, trenda) i unapređenje zdravlja (Barišić i sur, 2005). Pod prevencijom se podrazumijeva primjena medicinskih, psiholoških i socijalnih mjera koje imaju za cilj da uklone štetne posljedice po zdravlje čovjeka, da omoguće razvoj fizičkih i duhovnih sposobnosti te da obezbijede pravovremenu i odgovarajuću pomoć ugroženim osobama u vidu terapije i rehabilitacije (Vidanović, Kolar, 2003). Preventivna paradigma se najčešće zasniva na primarnoj prevenciji koja podrazumijeva djelovanje prije nego što se određeni proces razvije (Barišić i sur, 2005). Razlikuju se tri nivoa prevencije:

- a) *Primarna prevencija* ima za cilj da spriječi pojavu određenog fenomena, bolesti, poremećaja, odnosno da se pojava fenomena svede na što je moguće niži nivo. Primarna prevencija primjenjuje se na čitavo društvo.
- b) *Sekundarna prevencija* podrazumijeva rano otkrivanje, identifikaciju, dijagnosticiranje i tretman određenog fenomena. Ona je namijenjena populaciji koja je već ugrožena.
- c) *Tercijalna prevencija* ima za cilj da prevenira recidive, da otkloni posljedice određenog štetnog ponašanja, te uspostavi ponovno funkcioniranje i adaptaciju osobe. Podrazumijeva liječenje, reintegraciju i rehabilitaciju. Također je namijenjena populaciji koja je već ugrožena i pod djelovanjem određenog fenomena (Barišić i sur, 2005; Vidanović, Kolar 2003).

Prevenција suicidalnog ponašanja uključuje niz aktivnosti koje imaju za cilj da smanje djelovanje faktora koji su se pokazali kao rizični za javljanje suicidalnog ponašanja te jačanje zaštitnih faktora u okolini pojedinca (Barišić i sur, 2005). Poznavanje faktora rizika je neophodno, ali ne i dovoljno za planiranje i provođenje kvalitetne prevencije suicidalnosti. Rizični faktori su nedovoljni za predviđanje ishoda kod pojedinca, neovisno o tome da li su zastupljeni zasebno ili u kombinacijama. Kada su u pitanju rizični i zaštitni faktori, problem je što su oni dinamični, što znači da se konstantno mogu mijenjati. Zbog toga se suicidalno ponašanje i suicid trebaju gledati kao proces koji se razvija (Čupić, 2018).

Za uspješnu prevenciju suicida potreban je organiziran i kontinuiran rad, edukacija te bavljenje ugroženim osobama, njihova identifikacija, identifikacija njihovih motiva i uzroka za suicidalno ponašanje. Ono što je najvažnije u preventivnom smislu jeste stvaranje antisuicidalne klime (World Health Organization, 2014). Smatra se, da bi mentalne bolesti trebale biti u središtu preventivnih intervencija i procjene tih intervencija. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, do danas je samo nekoliko zemalja uključilo prevenciju suicida među svoje zdravstvene prioritete, a samo 38 zemalja navodi da imaju državnu strategiju za prevenciju suicida. Svjetski dan prevencije suicida, koji organizira Međunarodno udruženje za prevenciju suicida, obilježava se širom svijeta 10. septembra svake godine (World Health Organization, 2014).

Pitanje koje se nameće jeste kada je najbolje krenuti sa programima prevencije. Iako je suicid jedan od vodećih uzroka smrti u svim dobnim skupinama, suicidalne misli i ponašanja među mladima su posebno zabrinjavajuće. Treba istaći neke rezultate istraživanja koji idu u prilog tome da prevenciju treba početi u adolescenciji. Istraživanja su pokazala da većina ljudi koji su ikad u životu razmišljali ili pokušali suicid, učinili su to tokom svoje mladosti, prije sredine 20-tih godina. Nadalje, mnogi suicidalni adolescenti nastavljaju doživljavati samoubilačke ideje čak i nakon hospitalizacije. Adolescenti koji imaju suicidalne ideje (u odnosu na nesuicidalne adolescente) imaju 12 puta veći rizik da izvrše suicid do 30. godine. Također, više od jedne trećine adolescenata koji imaju suicidalne ideje pokuša izvršiti suicid. Pokušaji suicida počinju nešto kasnije nakon javljanja prvih suicidalnih ideja. Pokušaj suicida rijedak je prije 12. godine, a njegova prevalencija raste tokom rane adolescencije i stabilizira se u ranim 20-tim godinama. Uspješno izvršeni suicidi češći su od 15–19 godina. Potvrđeno je da su većina pokušaja suicida nakon kasne adolescencije ponovljeni pokušaji. Suicid je češći uzrok smrti kod mladih u poređenju sa drugim dobnim skupinama. To je drugi vodeći uzrok smrti

tokom djetinjstva i adolescencije, dok je deseti uzrok smrti među svim dobnim skupinama (Cha i sur, 2018).

Suicid je složen problem i zbog toga programi prevencije zahtijevaju koordinaciju i suradnju između različitih sektora društva, uključujući zdravstveni i obrazovni sektor, ali i druge sektore kao što su obrazovanje, rad, pravo, politika, mediji i drugo. To znači da se program prevencije mora bazirati na multisektorskom pristupu koji predstavlja sveobuhvatniji način bavljenja ovim problemom. Ovi programi moraju biti sveobuhvatni i integrirani jer nijedan pristup samostalno ne može utjecati na ovako kompleksan problem. Iako je dugoročno konačan cilj smanjenje stope pokušaja i počinjenja suicida, programima prevencije nastoji se izgraditi budućnost u kojoj organizacije i društvo pružaju podršku onima kojima je potrebna, u kojoj se jača otpornost članova zajednice i stvara društvena klima u kojoj traženje pomoći nije tabu. Podizanje svijesti zajednice i rušenje tabua važno je da zemlje postignu napredak u prevenciji suicida. Podatak da je suicid moguće prevenirati ohrabruje države da nastave raditi na programima prevencije (World Health Organization, 2014, 2019).

5. 1. Razvijanje nacionalne strategije prevencije

Sistematičan način razvoja nacionalnog odgovora na suicidalna ponašanja je stvaranje nacionalne strategije za prevenciju suicida. Nacionalna strategija ukazuje na jasnu posvećenost vlade da se bavi pitanjem suicida. Tipične nacionalne strategije sadrže niz preventivnih strategija kao što su nadzor, ograničavanje sredstava za izvršenje suicida, medijska podrška i izvještavanje, strategije za smanjenje stigme i podizanje svijesti javnosti, obuka zdravstvenih radnika, policije i ostalih službenika. Često uključuju krizne intervencije i postvenciju. Ključni elementi u izradi nacionalne strategije za smanjenje suicida su da prevencija postane višesektorski prioritet. Strategija treba biti prilagođena kulturalnom i društvenom kontekstu svake zemlje, uspostavljajući najbolje prakse i intervencije zasnovane na dokazima i sveobuhvatnom pristupu. Pored toga, trebalo bi dodijeliti resurse za finansiranje kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, strategiju treba redovno evaluirati te na osnovu rezultata evaluacije treba usmjeravati buduće planiranje i strategije. Ukoliko u državi još uvijek ne postoji cjelovitno razvijena sveobuhvatna nacionalna strategija, to ne bi trebalo biti prepreka za provedbu ciljanih programa prevencije suicida. Ciljano osmišljeni programi treba da imaju za cilj da prepoznaju ranjive skupine te da im poboljšaju pristup zdravstvenim i drugim uslugama i resursima (World Health Organization, 2014).

Podjela prevencije na primarnu, sekundarnu i tercijarnu je zastarjela. Bašić (2008, prema Novak, 2008) navodi da je primjerenije koristiti Gordonovu (1983) terminologiju i podjelu prevencije na univerzalnu, selektivnu i indikativnu (prema Novak, 2008) o kojima će biti govora u nastavku.

5. 2. Strategije univerzalne prevencije

Univerzalne ili opće strategije prevencije imaju cilj da utječu i dopru do čitave populacije. Cilj im je smanjenje rizika od suicida, povećavanje i jačanje zaštitnih faktora te poboljšanje zdravlja cijelog društva. Univerzalna prevencija trebala bi se provoditi na mjestima koja omogućavaju širenje i dopiranje poruka do ciljanih grupa. U nastavku su navedene neke od najčešćih strategija univerzalne prevencije:

- odgovorno izvještavanje javnosti od strane medija;
- edukacija javnosti, medija i društva;
- intervencije u školama;
- uvođenje procedura vezanih za upotrebu alkohola, za smanjenje štetne upotrebe alkohola;
- provođenje programa među mladima za izgradnju životnih vještina koje im omogućavaju da se nose sa životnim stresovima;
- promovisanje mentalnog zdravlja;
- olakšavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti;
- restrikcija dostupnosti oružja i drugih metoda koje se mogu koristiti za izvršenje suicida;
- kontinuiran istraživački rad, koji omogućava dobro poznavanje svih aspekata čina samoubistva (Barišić i sur, 2005; Čupić, 2018; World Health Organization, 2014; 2019).

5. 3. Strategije selektivne prevencije

Strategije selektivne prevencije namijenjene su ranjivim grupama tj. ciljaju one osobe koje su pod većim rizikom za suicid. To su najčešće osobe koje su pretrpjele traumu ili zlostavljanje, koje su pogođene sukobima ili katastrofama, izbjeglice, migranti, djeca čiji su roditelji depresivni ili suicidalni, te osobe koje pokazuju suicidalno ponašanje. Ovi pojedinci trenutno ne izražavaju suicidalno ponašanje, ali su pod povećanim rizikom. Neke od strategija selektivne prevencije su:

- rana identifikacija, liječenje i briga o osobama s mentalnim poremećajima te poremećajima zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, hroničnom boli i akutnim

emocionalnim problemima, te onih koje su pod povećanim rizikom za počinjenje suicida;

- obuka nespécializovanih zdravstvenih radnika za procjenu i upravljanje suicidalnim ponašanjem;
- formiranje i obuka timova koji pomažu ugroženim i nude im pomoć (npr. telefonske linije za pomoć);
- praćenje i kontrola ljudi koji su pokušali počiniti suicid te podrška zajednice;
- smanjivanje pristupa sredstvima za suicid (pesticidima, vatrenom oružju, lijekovima i slično);
- poticanje zaštitnih faktora poput pozitivnih strategija rješavanja problema, jačanja interpersonalnih odnosa, osobnog sistema vjerovanja i drugo;
- promovisanje postojećih programa za podršku;
- olakšavanje pristupa zdravstvenoj njezi onim grupama ljudi koji nisu u mogućnosti (starijim, osobama nižeg ekonomskog statusa);
- postvencija (Barišić i sur, 2005; Čupić, 2018; World Health Organization, 2014; 2019).

5. 4. Strategije indikativne prevencije

Ove strategije prevencije namijenjene su specifičnim, ranjivim pojedincima unutar populacije i to onima koji pokazuju rane znakove suicida, suicidalno ponašanje ili su pokušali suicid (World Health Organization, 2014). Konkretnije, one obuhvataju sam tretman osoba koje su pod velikim rizikom za počinjenje suicida. Najpoznatije strategije indikativne prevencije su:

- tretman, terapija, psihoterapija, korištenje medikamenata;
- dijagnosticiranje i tretiranje psihičkih poremećaja koji su u pozadini i uzrok suicida;
- prepoznavanje i intervencije usmjerene na suicidalno ponašanje
- uključivanje i povezivanje socijalne mreže ugrožene osobe (porodice, prijatelja);
- uključivanje i povezivanje zdravstvenog osoblja koje se bavi ugroženom osobom;
- jačanje zaštitnih faktora iz okoline ugrožene osobe (Čupić, 2018).

6. TRETMAN

Posljednjih decenija, subspecijalističko područje kliničke suicidologije, koje naglašava procjenu rizika od suicida, tretman, obuku i upravljanje odgovornošću povezanom sa suicidom, eksponencijalno je poraslo. Ovakav način razmišljanja doveo je do razvoja tretmana usmjerenih na suicidalna ponašanja, koji posmatraju suicid kao fokus tretmana (nasuprot primarnom fokusu na liječenju mentalnih poremećaja) (Jobes i sur, 2015). Prilikom procjene rizika za suicid, važno je identificirati razliku između planiranih i impulzivnih pokušaja suicida. Prema istraživanjima, depresija i beznađe su prisutniji kod mladih koji planiraju suicid u odnosu na one koji ga počine impulsivno. Neki znakovi upozorenja na suicid mogu biti suicidalne prijetnje ili poticanje razgovora o suicidu, zaokupljenost temama o smrti i umiranju, simptomi depresivnosti, promjene u ponašanju, poklanjanje ličnih stvari, dogovaranje da se dovrše neki poslovi koje je suicidalna osoba započela, problemi s apetitom i spavanjem, upuštanje u rizične aktivnosti, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i gubitak interesa za uobičajne aktivnosti (Vulić – Prtorić, 2004).

Tretman suicidalne djece i adolescenata planira se obzirom na funkciju koju je suicidalni čin trebao ispuniti. Navode se četiri najčešće funkcije i značenja koje suicidalni čin može imati:

1. suicid kao bijeg iz situacije koja je postala neizdrživa, neugodna, frustrirajuća i sl;
2. suicid kao poziv u pomoć koji se upućuje okolini nakon što su ranije upućeni apeli ostali bez odgovora;
3. suicid kao čin agresije, ljutnje i kažnjavanja drugih, koji će kod osoba s kojima je suicidalna osoba u konfliktu izazvati osjećaj krivnje;
4. suicid koji se javi u tugovanju kao rješenje želje da se bude s osobom koja je preminula i čiji gubitak suicidalna osoba ne može prihvatiti (Vulić – Prtorić, 2004).

Mnoge intervencije koriste različita sredstva i tehnike za pomaganje suicidalnom pacijentu da prepozna kada, kako, gdje i zašto postaje suicidalan. Jednom kada se pacijent terapeutski "obuči" da prepozna prirodu i pojavu svog suicidalnog rizika, podučava ga se da koristi vještine i tehnike suočavanja koje mu pomažu u sprečavanju suicidalnih ponašanja kada se ponovo pojave. Intervencije za suicidalna ponašanja ističu važnost empatije, razumijevanja i empatijske potvrde pacijentovog suicidalnog stanja. Osim toga, one nastoje nadahnuti, podstaći i usmjeriti motivaciju pacijenta, kako bi se bolje nosio sa svojim suicidalnim impulsima i smanjio rizik od suicida. Konačno, intervencije, bilo direktno ili implicitno, se

posvećuju egzistencijalnim aspektima svojstvenim suicidalnoj borbi sa naglaskom na psihološkoj važnosti nade i težnje za životom vrijednim življenja (Jobes i sur, 2015).

Iako je pokazano da su različiti tretmani i intervencije veoma uspješni u redukciji suicidalnih ponašanja, česta pojava je da uprkos tom saznanju, osobe koje su sklone suicidalnim ponašanjima odbijaju da se uključe ili nastave tretman ukoliko su ga već započele. Prema tome, glavno pitanje na koje stručnjaci nastoje odgovoriti kako bi smanjili ovu pojavu, jeste zbog čega se to dešava. Nameće se misao da su jak psihološki bol i patnja, zajedno s mislima o suicidu dovoljan motiv za pojedinca da se uključi u liječenje, međutim, to nije činjenica. Jedna od hipoteza je da se mnogim ljudima koji razmišljaju o suicidu teško uključiti u tretman jer im nedostaje motivacije za život, zbog čega im nedostaje interesa i energije za liječenje. Većina pojedinaca koji razmišljaju o suicidu je zapravo ambivalentna. To znači da žele umrijeti, ali žele i živjeti s manje boli. Ova dvosmislenost sugerira da je najveća želja onih koji razmišljaju o suicidu bijeg od psihološke boli i patnje, no kako bi riješili tu bol pribjegavaju suicidu. Utvrđeno je da je omjer snage želje za životom i želje za smrću presudna odrednica budućeg suicidalnog ponašanja. Kada je želja za životom jača od želje za smrću, suicidalni pojedinci imaju manje namjere za počinjenjem suicida. Osim što je povezan sa rizičnim ponašanjem, omjer želje za životom i želje za smrću, može biti povezan i sa angažmanom u liječenju. Druga hipoteza je da pojedinci koji razmišljaju o suicidu, često imaju mnoge razloge zbog kojih ne sudjeluju u liječenju. Nizak socio-ekonomski status, može biti povezan sa preprekama u omogućavanju liječenja. Depresija i bipolarni poremećaj utječu na slabu motivaciju, kao i poteškoće u interakciji s drugima, što također mogu biti prepreke za uključivanje u liječenje. Socijalna stigma povezana sa mentalnim bolestima, takođe, može povećati nespremnost ljudi da uđu i ostanu u tretmanu. Sposobnost savladavanja ovih prepreka može biti dodatno ugrožena ograničenim kognitivnim funkcionisanjem koje je često povezano sa suicidalnim stanjem. Prema tome, ono što uvijek treba imati na umu je da ljudi koji razmišljaju o suicidu mogu imati različite motive za življenjem i za liječenjem, kao i za smrću i odbijanjem liječenja (Britton i sur, 2011).

6. 1. Bolnička briga

Ukoliko je osoba aktivno suicidalna, neophodno joj je omogućiti 24 – satnu bolničku njegu i nadgledanje. Ona treba biti organizovana od strane stručnjaka, bolničara i drugih zdravstvenih radnika. Zajedno sa roditeljima ili starateljima te članovima porodice, neophodno je raditi na planiranju tretmana kako bi se smanjili rizični faktori i trigeri koji pridonose krizi.

Važno je zajedno sa njima planirati i kreirati sigurno okruženje za suicidalnu osobu kako bi se ona mogla vratiti u normalno kućno okruženje (Carr, 2015).

6. 2. Psihoterapija

Najefikasniji psihološki tretmani za smanjenje suicidalnih misli i ponašanja među mladima ističu promjenu ponašanja, unapređivanje vještina i jačanje socijalnih veza. Pokazalo se da je kombinacija individualne i porodične terapije efikasna u tretiranju suicidalnosti kod mladih. Naprimjer, integrirana kognitivno-bihevioralna terapija (I-KBT), kombinuje individualne i porodične KBT tehnike, kao i komponentu treninga roditelja i roditeljskih vještina. Slično tome, porodična terapija zasnovana na porodičnim odnosima, ima za cilj poboljšati kvalitet porodičnih veza putem interpersonalnog pristupa individualnoj i porodičnoj terapiji, kao i kroz obuku roditeljskih vještina (Cha i sur, 2018). Kognitivno bihevioralna terapija i terapija za rješavanje problema također su se pokazale efikasnim u smanjenju suicidalnog ponašanja (Brown i sur, 2005).

6. 2. 1. Kognitivno – bihevioralna terapija

Kognitivna terapija za prevenciju suicida je kognitivno-bihevioralni oblik psihoterapije, a pokazao se kao veoma uspješan u tretiranju suicidalnih ponašanja. Osim toga, ovaj oblik psihoterapije se pokazao uspješnim i u liječenju širokog spektra različitih psihičkih poremećaja, jer se temelji na kliničkim istraživanjima u vezi sa psihopatološkim karakteristikama suicidalnih ponašanja (Brown i sur, 2005). Ova terapija nastoji smanjiti rizične faktore za suicid i poboljšati strategije suočavanja individue. U kognitivno-bihevioralnom pristupu primarni fokus i cilj jeste smanjenje i uklanjanje suicidalnog ponašanja. Sastoji se od dvije faze, od kojih svaka traje oko 12 sesija, i uključuje lančanu i kontinuiranu analizu suicidalnog događaja, razvoj sigurnosnog plana, izgradnju vještina, psihoedukaciju, porodičnu intervenciju i prevenciju recidiva (Stanley i sur, 2009). Trening koji se bazira na vještine suočavanja usmjeren je na obrasce razmišljanja, ponašanja i međuljudske interakcije pacijenata koje dovode do suicidalnih stanja, odnosno stavljaju ga u njegov „suicidalni režim“. Glavna ideja je da će se suicidalna osoba i dalje suočavati sa stresorima i problemima koji su u prošlosti pokretali suicidalno ponašanje, međutim, razvijajući učinkovite vještine suočavanja, ti stresori i problemi više neće funkcionirati kao okidači za suicidalno ponašanje. Primarni fokus ovog pristupa je identifikacija glavnih okidača kod pacijenta koji ga stavljaju u njegov suicidalni režim. Konačno, cilj je riješiti nedostatke i poteškoće koje pacijent ima u svojim sposobnostima suočavanja. Stoga se obrasci misli, ponašanja i međuljudske interakcije usmjeravaju ka jačanju ovih slabijih područja (Jobses i sur, 2015).

Brown i sur. (2005) su testirali efikasnost ove terapije te zaključili da je kognitivna terapija bila efikasna u sprečavanju ponovnog pokušaja suicida kod odraslih koji su nedavno pokušali počinuti suicid. Preciznije, u grupi učesnika koji su bili uključeni u kognitivnu terapiju bilo je približno 50% manje šansi da pokušaju suicid tokom perioda praćenja nego za učesnike u grupi koji su primali uobičajnu medicinsku njegu. Također, depresija i beznade bili su značajno manje zastupljeni kod učesnika koji su bili uključeni u kognitivno-bihevioralnu terapiju. Britton i sur. (2011) su u pregledu različitih istraživanja pronašli da pojedinci koji su uključeni u KBT pokazuju znatno smanjenje suicidalnih ponašanja (izvršeni suicida, pokušaji suicida, suicidalne namjere, planiranja i ideje) čak i do tri mjeseca nakon tretmana. Primarne kognitivno-bihevioralne intervencije koje su bile zastupljene u studijama, uključivale su dijalektičku bihevioralnu terapiju (DBT), terapiju rješavanja problema i kognitivnu terapiju (KT). Iako su nalazi obećavajući, pregled glavnih studija sugerirao je da je odustajanje od tretmana čest problem.

6. 3. Kratke intervencije za tretman suicidalnih ponašanja

Kao odgovor na brze promjene u savremenom pružanju zaštite mentalnog zdravlja, odnedavno se povećao interes za kratkim kliničkim intervencijama specifičnim za suicid. Kako bi se ispunile nove kliničke potrebe, kadar kliničkih stručnjaka suicidologa konstantno radi na razvoju kratkih intervencija za suicidalna ponašanja koje traju 1–4 sesije intenzivnog angažmana i njege (Jobes i sur, 2015; Jobes i Bowers, 2015).

Utvrđeno je da kratke intervencije poput slanja brižnih pisama ili pružanja edukacije u vezi sa suicidom i praćenja putem telefonskih poziva smanjuju rizik od suicida kod visoko rizičnih pojedinaca i skupina (npr. veterana) (Britton i sur, 2012).

6. 3. 1. Intervencija planiranja sigurnosti

Jedna od najpoznatijih kratkih intervencija je intervencija planiranja sigurnosti koju su razvili Stanley i Brown (2012). Ova intervencija je razvijena kako bi se povećao angažman u liječenju i razvile strategije suočavanja specifične za suicid (Jobes i sur, 2015). Tipična intervencija traje oko 20–45 min, tokom koje kliničar i pacijent prepoznaju znakove upozorenja koji mogu potaknuti suicidalnu krizu. Zatim se nastavlja s izradom hijerarhijske liste šest koraka internih strategija suočavanja i vanjskih izvora socijalne i profesionalne podrške, ukoliko se pojave suicidalne misli kod pacijenta. Osnovne komponente uključuju (a) prepoznavanje znakova upozorenja o predstojećoj suicidalnoj krizi; (b) primjenu internih strategija suočavanja; (c) korištenje socijalnih kontakata i društvenih resursa kao sredstva za odvratanje

pažnje od suicidalnih misli; (d) korištenje članova porodice ili prijatelja za pomoć u rješavanju krize; (e) kontaktiranje stručnjaka ili centara za mentalno zdravlje i (f) ograničavanje pristupa smrtonosnim sredstvima. Pored toga, kliničarima se preporučuje da, koliko je moguće, procijene vjerovatnoću da će pacijenti koristiti sigurnosni plan, kao i da ih podstaknu na to (Stanley i sur, 2012). Ova intervencija često se koristi za tretman suicidalnih veterana koji se jave u hitnu pomoć zbog suicidalnih ponašanja (Currier i sur, 2015).

Nedavna studija na veteranima pokazala je da je ova intervencija, u kombinaciji sa strukturiranim praćenjem, povezana sa povećanim sudjelovanjem u terapiji i smanjenim hospitalizacijama tri mjeseca nakon otpusta iz odjela (Jobes i sur, 2015). Stanley i sur. (2018) su također istraživali efikasnost ove intervencije na veteranima, a rezultati su pokazali da veterani koji su se obratili u hitnu pomoć zbog sumnji na suicid, te se uključili u tretman intervencije planiranja sigurnosti, pokazuju 50% manje suicidalnih ponašanja, te više nego dvostruko posjećuju i koriste usluge ustanova za mentalno zdravlje tokom perioda praćenja od šest mjeseci, u poređenju sa veteranima koji su dobili uobičajenu njegu nakon posjete hitnoj pomoći.

6. 3. 2. Motivacijski intervju kao intervencija za suicidalne ideje

Utvrđeno je da je kognitivno-bihevioralna terapija efikasna u tretmanu suicidalnih ponašanja. Međutim, pacijenti koji pokazuju rizično suicidalno ponašanje često imaju problema da se pridruže tretmanu. Pokazalo se da motivacijsko intervjuiranje povećava angažman u tretmanu i poboljšava ishode tretmana kada se koristi kao dopuna drugim tretmanima (Britton i sur, 2011). Motivacijsko intervjuisanje (MI) je terapijski pristup koji je razvijen kako bi se pojedincima koji imaju problema s alkoholom pomoglo da pronađu motivaciju za promjenu problematičnog ponašanja kod pijenja (Miller i Rollnick, 2012). Među važnim uvidima koji su doveli do razvoja MI bilo je prepoznavanje da su osobe sa poremećajima upotrebe supstanci često ambivalente u vezi sa upotrebom supstanci. Iako imaju mnogo razloga za promjenu (zbog medicinskih, pravnih i socijalnih problema), imaju razloge i da nastave s zloupotrebom supstanci (zbog poteškoća u promjeni uobičajenog ponašanja, socijalne koristi od upotrebe supstanci i sl.). Ova intervencija je razvijena kako bi pomogla pacijentima da svoje ponašanje usklade sa vlastitim razlozima za zaustavljanje štetnog ponašanja. MI je metoda usmjerena na klijenta, a njeni temeljni principi uključuju izražavanje empatije prema iskustvima klijenata, razvijanje nesklada između stvarnog i željenog ponašanja i promicanje samoefikasnosti da je promjena dostižna i moguća, te zdravo nošenje s otporima iz okoline umjesto suprotstavljanja i poticanja sukoba. Važno je da kliničari definiraju željeni

ishod kojem teže (npr. smanjena upotreba supstanci), i strateški vode svoje klijente ka tom ishodu. Specifične tehnike, kao što je reflektivno slušanje, koje za cilj ima da se kliničar i klijent međusobno razumiju, otvorena pitanja koja potiču klijentovu razradu, potvrde koje podržavaju samoeфикаsnost klijenata i sažimanja koja pomažu klijentima da integriraju i ojačaju ono o čemu se razgovaralo na terapijskoj sesiji, strateški se koriste za izgradnju motivacije i posvećenosti klijenta promjenama. Ova tehnika je primjenljiva i na druga ponašanja povezana sa zdravljem, poput prehrane, vježbanja, pridržavanja uputa za uzimanje lijekova i angažmana u liječenju (Hettema i sur, 2005). S obzirom na prisutnost ambivalentnosti kod suicidalnog pacijenta, MI tehnika je pogodna za rad sa suicidalnim klijentima zbog toga što je fokus MI upravo rješavanje ambivalentnosti (Britton i sur, 2011).

Motivacijsko intervjuiranje pristup je usmjeren na pacijenta koji se koristi za poticanje vlastite želje pacijenta da promijeni svoje ponašanje vezano za zdravlje rješavanjem ambivalencije, a odnedavno je prilagođen rješavanju suicidalnih ponašanja. Koristeći ovu intervenciju nastoji se da se poboljša unutarnja, intrinzična motivacija za život, te život učini vrijednim življenja pomažući pacijentima koji razmišljaju o suicidu da istraže i riješe svoju ambivalentnost za življenjem (Britton i sur, 2008; 2011; 2012). Na temelju hipoteze o unutarnjoj borbi Kovocsa i Becka (1977, prema Britton i sur, 2011), koja pretpostavlja da je suicid rezultat unutarnje borbe između želje za životom i želje za smrću, cilj motivacijskog intervjua, u svrhu rješavanja suicidalnih ponašanja, je povećati motivaciju osobe za život, kako bi se smanjio njihov ukupni rizik od počinjenja suicida. Drugim riječima, ova intervencija pažljivo usmjerava motivaciju pacijenta za smrću u smjeru življenja. Glavni cilj je da se život učini vrijednijim življenja (Britton i sur, 2008). Stručnjaci vjeruju da rasprava o suicidu nenamjerno navodi ranjivu osobu na razmišljanje o izvršenju suicida, te se stoga savjetuje kliničarima da usmjere fokus na razgovor o životu umjesto o suicidu. Preporučuje se da se ova intervencija koristi kao dodatak drugom tretmanu, umjesto kao samostalni tretman.

Rezultati istraživanja efikasnosti intervencije motivacijskog intervjuisanja pokazala su da ona poboljšava ishod ukupnog tretmana i povećava angažman u naknadnom tretmanu. Suicidalni veterani su nakon učešća u ovoj intervenciji izjavili da su se osjećali ugodno, da su bili slobodni da otvoreno razgovaraju, te su smatrali da su sesije bile korisne i učinkovite. Njihovo pozitivno iskustvo potvrđuje nastojanje da ova intervencija bude usmjerena na klijenta te stvaranja empatičnog, suradničkog i podržavajućeg terapijskog odnosa. Također, veterani su iskusili smanjenje ozbiljnosti suicidalnih ideja odmah nakon druge sesije. Podaci sugeriraju da je ozbiljnost suicidalnih ideja nastavila opadati tokom dva mjeseca nakon otpusta, što je poznato

kao razdoblje najvećeg rizika. Analize su ukazale da su ovi rezultati bili i klinički značajni (Britton i sur, 2012).

6. 3. 3. Program kratke intervencije za osobe koje su pokušale izvršiti suicid

Program kratke intervencije za osobe koje su pokušale izvršiti suicid (Attempted Suicide Short Intervention Program/ASSIP) je novija kratka intervencija koja je nedavno testirana. ASSIP je nova kratka terapija zasnovana na modelu suicidalnog ponašanja usmjerenog na pacijenta, s naglaskom na ranom terapijskom savezu. Sastoji se od tri sesije, od kojih svaka traje od 60-90 minuta, i preporučuje se da se pacijenti uključe u tretman u roku od tri sedmice nakon pokušaja suicida. Tokom prve sesije, od pacijenta se traži da ispriča priču o tome kako je došao do tačke da pokuša izvršiti suicid. Narativno intervjuiranje ključni je element suradničkog pristupa usmjerenog na pacijenta. Prva sesija se bilježi video zapisom koji se reproducira i o kojoj pacijent i terapeut raspravljaju tokom druge sesije. Teži se ponovnom stvaranju iskustva psihološkog bola i analiziranju kako se stres razvio u suicidalnu akciju. Cilj ove sesije je ponovno uspostaviti progresiju njegove suicidalne krize u kontroliranom okruženju, tako da se može stvoriti psihoedukativni materijal do kraja druge sesije. U završnoj, trećoj sesiji, kliničar predstavlja konceptualizaciju slučaja koja se revidira u saradnji sa pacijentom. Terapeut i pacijent potom razvijaju listu dugoročnih ciljeva, znakova upozorenja i sigurnosnih strategija. Razvoj strategija suočavanja važna je komponenta ove intervencije tokom koje se pacijenti potiču da postanu svjesni veze između ugroženih životnih ciljeva, koji su povezani sa suicidalnim ponašanjem i nefunkcionalne strategije suočavanja. Lista se potom printa i daje pacijentu zajedno sa listom važnih telefonskih brojeva (hitne službe, SOS linije). Važno je da ih pacijent stalno nosi i da ih koristi u slučaju emocionalne krize. Nakon toga slijedi praćenje pacijenta (najčešće u trajanju od dvije godine). Tokom praćenja, terapeut pacijentu šalje šest pisama u kojima ga upućuje na rizik od budućih suicidalnih kriza i važnost zajednički razvijenih sigurnosnih strategija (Gysin-Maillart i sur, 2016; 2020; Jobes i sur, 2015).

Gysin-Maillart i sur. (2016) su istraživali efikasnost ove terapije i zaključili da je ASSIP povezan sa približno 80% smanjenim rizikom od ponovnog pokušaja suicida. Tokom 24-mjesečnog perioda praćenja, zabilježeno je pet ponovljenih pokušaja samoubistva u ASSIP grupi i 41 pokušaj u kontrolnoj grupi. Pored toga, sudionici ASSIP-a proveli su 72% manje dana u bolnici tokom praćenja. Rezultati studije Gysin-Maillart i sur. (2020) na pacijentima koji su pokušali izvršiti suicid pokazuju da ASSIP utječe na strategije suočavanja, koje su važne u prevenciji ponavljanja pokušaja suicida. ASSIP grupa pokazala je 11% manje disfunkcionalnog

suočavanja u odnosu na kontrolnu grupu i 6% više fokusiranog suočavanja i usmjerenosti na problem tokom 24-mjesečnog praćenja.

6. 4. Medikamenti

U tretmanu suicidalnosti mogu se koristiti i različiti medikamenti (antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, antipsihotici, anksiolitici). Kada se razmišlja o uvođenju farmakološke terapije u liječenju suicidalnog ponašanja, vrlo su važni stavovi i uvjerenja pacijenata o farmakoterapiji, što također utječe na pridržavanje uzimanja terapije te na kraju na sam njen ishod (Čupić, 2018).

Antidepresivi

Antidepresivi su lijekovi koji se koriste za poremećaje raspoloženja (uglavnom za depresiju) i smatra se da se mogu koristiti u tretmanu suicidalnih ponašanja. Iako postoji mnogo skupina antidepresiva, trenutno je najraširenija primjena selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI). Jedna studija je istraživala kratkotrajne efekte terapije depresije s antidepresivima iz skupine SSRI-a i tricikličkim antidepresivima. Nakon 12 sedmica terapije, suicidalna namjera je nestala kod svih osoba bez obzira na procijenjeni rizik za suicidalno ponašanje. Osobe iz grupe visokog rizika za suicidalno ponašanje trebale su više vremena za odgovor na lijek (šest sedmica u odnosu na tri sedmice kod osoba iz grupe niskog rizika). Ipak, neka istraživanja pokazuju da uvođenje antidepresiva može povećati suicidalnost. Naime, neki istraživački nalazi ističu moguće povećanje rizika od suicida kod populacije mlađe od 25 godina, dok za bolesnika starije životne dobi postoji pozitivno djelovanje antidepresiva na suicidalnost. S druge strane, neka istraživanja upućuju na porast rizika od suicida kod starijih osoba tokom prvog mjeseca terapije antidepresivima (Čupić, 2018; Olfson i sur, 2003; Simon i sur, 2006).

Stabilizatori raspoloženja

Litij je najpoznatiji, a prema istraživanjima i najuspješniji stabilizator raspoloženja koji se koristi u tretiranju suicidalnog ponašanja. Djeluje tako što smanjuje impulzivnost i agresivnost te stabilizira raspoloženje, neovisno o prisutnosti psihičkih poremećaja kod suicidalne osobe (Čupić, 2018). Primjena litijuma pokazala se učinkovitom u smanjenju depresivnog i agresivnog ponašanja kod životinja i smanjenju pokušaja i izvršenja suicida pacijenata sa bipolarnim poremećajem (Brundin i sur, 2017). Baldessarini i sur. (2001) su izvršili pregled 33 studije koje su ispitivale vezu između prisustva i odsustva litija u terapiji i suicida ili pokušaja suicida kod pacijenata sa bipolarnim ili drugim velikim afektivnim

poremećajima. Pronašli su čak 13 puta niže stope suicida i pokušaja suicida tokom dugotrajnog liječenja litijem. Značajan efekat upotrebe litija u terapiji pacijenata s poremećajima raspoloženja, ima najveću naučnu podršku u odnosu na bilo koji drugi lijek. Iako se brojni lijekovi za stabilizaciju raspoloženja obično koriste u dugotrajnom liječenju bipolarnog poremećaja, litij i lamotrigin su jedina dva lijeka za koje je utvrđena dugoročna djelotvornost u najmanje dvije placebo kontrolirane randomizirane studije. Pored toga, litij i lamotrigin su jedina dva lijeka koje je Američka agencija za hranu i lijekove odobrila za liječenje bipolarnog poremećaja. Jedno randomizirano ispitivanje uspoređivalo je tretman litijem sa karbamazepinom kod 175 pacijenata s bipolarnim poremećajem, otpuštenih iz psihijatrijskih bolnica. Nije bilo pokušaja suicida, niti smrtnih slučajeva kao posljedice suicida u grupi sa litijumom, u poređenju sa devet slučajeva suicida u grupi sa karbamazepinima, što je značajna razlika (Goodwin i sur, 2003). Drugo istraživanje je pri dugotrajnom liječenju poremećaja raspoloženja (shizoafektivnog poremećaja) pokazalo da je rizik za suicidalno ponašanje bio manji čak 13 puta kada se koristi litij. Jedna metaanaliza pokazala je skoro šest puta manji rizik od suicida pri liječenju poremećaja raspoloženja litijem (prema Čupić, 2018). Pri ukidanju litija iz terapije treba biti posebno oprezan. Obzirom da njegov unos smanjuje rizik od suicidalnog ponašanja, samim tim, ukidanjem terapije taj efekat se gubi (Čupić, 2018).

7. ZAKLJUČCI

1. Suicid i suicidalno ponašanje je veoma rasprostranjen fenomen u globalnoj populaciji. Događa se širom svijeta u svim populacijama i područjima, bez obzira na razvijenost zemlje, spol i dob osobe, socioekonomski status, stepen obrazovanja ili prisutnost psihičkih poremećaja. Ipak određene grupe i pojedinci jesu ugroženiji i izloženiji većem riziku od suicidalnog ponašanja. Faktori koji povećavaju rizik od suicida jesu rizični faktori i vrlo su važni u prepoznavanju znakova da je osoba potencijalno rizična za počinjenje suicida. Znanje o suicidalnom ponašanju znatno se povećalo posljednjih decenija. Istraživanja ukazuju na važnost međudjelovanja različitih bioloških, psiholoških, socijalnih i drugih faktora kao faktora rizika u određivanju suicidalnih ponašanja. Najznačajniji faktori rizika su prethodni pokušaj suicida, psihijatrijska stanja i poremećaji, od kojih najčešće depresija, bipolarni poremećaj i zloupotreba supstanci, zdravstveni, porodični i interpersonalni problemi te drugi životni stresori i krize. Zaštitni faktori su svi oni faktori čije prisustvo smanjuje mogućnost suicidalnog ponašnja, a najznačajniji su socijalna podrška i podrška zajednice i sistema. U budućnosti je potrebno nastaviti sa istraživanjima u cilju unapređenja konceptualizacije i operacionalizacije suicidalnih ponašanja, razumijevanja njegove etiologije sa fokusom na pojedinačne mehanizme te pokazivati veću osjetljivost za ovaj problem. Sve ovo za cilj ima poboljšanje znanstvenog pristupa, baze znanja i konačno prevencije suicidalnih ponašanja.
2. Naučni dokazi i dokazi iz prakse pokazuju da je suicid moguće prevenirati. Programi prevencije i intervencije koje su uspješne ne zahtijevaju visoke finansijske niti druge resurse. Neophodno je istaknuti važnost primarne prevencije koja obuhvata ranu identifikaciju i prepoznavanje potencijalno ugroženih grupa, ali i djeluje na čitavo društvo razvijajući svijest o problemu suicida, o važnosti mentalnog zdravlja, podrške društva i šire zajednice onima kojima je to potrebno. Važno je širiti svijest o suicidu i suicidalnom ponašanju, razgovarati i educirati zajednicu s ciljem smanjenja stigme i tabua. Osim toga, neophodno je ulagati napore i na unapređenje mentalnog zdravlja. Sve ove metode mogu se svrstati u preventivne strategije suicidalnog ponašanja. Prevencija se odnosi, ne samo na sprječavanje pojave i smanjenje stope suicidalnog ponašanja, već i na metode i procedure namijenjene ugroženim članovima društva, onima koji su već imali pokušaje suicida ili druga suicidalna ponašanja. Također je neophodno istaknuti važnost jačanja zaštitnih faktora kako u sklopu primarne,

tako i u sklopu sekundarne i tercijalne prevencije. Na kraju važno je istaći da na prevenciji suicida i suicidalnog ponašanja trebaju raditi multidisciplinarni timovi, a kako bi preventivni programi bili uspješni neophodna je suradnja različitih sektora, uključujući zdravstveni i obrazovni sistem te sistem socijalne zaštite.

3. Fokus tretmana suicida treba biti upravo suicidalno ponašanje a ne mentalni poremećaji sami po sebi. U sklopu tretmana treba se usmjeriti na ublažavanje ili otklanjanje rizičnih faktora te jačanje zaštitnih faktora. Iako postoje različiti tretmani koji su se pokazali uspješni u tretiranju suicidalnih ponašanja, oni se uglavnom fokusiraju na slične ciljeve. U sklopu tretmana važno je podučiti suicidalnog klijenta kako da prepozna suicidalnu krizu, kao i ono što je dovelo do nje. Nadalje, potrebno je da klijent ovlada strategijama suočavanja koje će joj pomoći u sprečavanju suicidalnih ponašanja. Obzirom da se suicidalne osobe teško uključuju u tretman, ili kada se uključe brzo odustaju, treba ih konstantno podsticati i motivisati, te im pomoći da prepoznaju zašto vrijedi živjeti. Studije pokazuju da se najbolji rezultati postižu kombinovanjem više intervencija s ciljem pružanja sveobuhvatnih tretmanskih intervencija.

Na kraju: ne boj se, slušaj, budi podrška, potraži pomoć, uputi na pomoć, ponudi pomoć, ne odustaj.

8. LITERATURA

- Abrutyn, S., & Mueller, A. S. (2016). When too much integration and regulation hurts: Reenvisioning Durkheim's altruistic suicide. *Society and Mental Health, 6*(1), 56-71.
- Agerbo, E., Gunnell, D., Mortensen, P. B., Eriksson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2001). Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study Commentary: Suicide and income—is the risk greater in rich people who develop serious mental illness?. *Bmj, 322*(7282), 334-335.
- Aliverdinia, A., & Pridemore, W. A. (2009). Women's fatalistic suicide in Iran: a partial test of Durkheim in an Islamic Republic. *Violence against women, 15*(3), 307- 320.
- Altamura, C., VanGastel, A., Pioli, R., Mannu, P., & Maes, M. (1999). Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *Journal of affective disorders, 53*(1), 77–85. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00099-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00099-8)
- Baca–Garcia, E., Diaz–Sastre, C., Resa, E. G., Blasco, H., Conesa, D. B., Oquendo, M. A., ... & De Leon, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 255*(2), 152-156.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2001). Treating the suicidal patient with bipolar disorder: reducing suicide risk with lithium. *Annals of the New York Academy of Sciences, 932*(1), 24-43.
- Baldessarini, R. J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: an overview. *Harvard review of psychiatry, 12*(1), 1-13.
- Baldessarini, R. J. (2020). Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiology and psychiatric sciences, 29*.
- Banks, R. (1997). Bullying in Schools. ERIC Digest.
- Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of adolescence, 36*(2), 341-350.
- Barišić, J., Milovanović, S., Leposavić, L., & Nikolić-Balkoski, G. (2005). Prevention and postvention of suicide. *Engrami, 27*(1-2), 21-28.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of clinical psychology, 64*(1), 52-66.
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(1), 16-27.
- Britton, P. C., Conner, K. R., & Maisto, S. A. (2012). An open trial of motivational interviewing to address suicidal ideation with hospitalized veterans. *Journal of clinical psychology, 68*(9), 961-971.

- Brundin, L., Bryleva, E. Y., & Rajamani, K. T. (2017). Role of inflammation in suicide: from mechanisms to treatment. *Neuropsychopharmacology*, *42*(1), 271-283.
- Carr, A. (2015). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual approach* (Third Edition). London.
- Cassidy, W., Faucher, C., & Jackson, M. (2013). Cyberbullying among youth: A comprehensive review of current international research and its implications and application to policy and practice. *School psychology international*, *34*(6), 575-612.
- Cha, C. B., Franz, P. J., M. Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth—epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, *59*(4), 460-482.
- Chew, K. S., & McCleary, R. (1995). The spring peak in suicides: a cross-national analysis. *Social science & medicine* (1982), *40*(2), 223–230. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)e0070-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)e0070-9)
- Currier, G. W., Brown, G. K., Brenner, L. A., Chesin, M., Knox, K. L., Ghahramanlou-Holloway, M., & Stanley, B. (2015). Rationale and study protocol for a two-part intervention: safety planning and structured follow-up among veterans at risk for suicide and discharged from the emergency department. *Contemporary clinical trials*, *43*, 179-184.
- Čupić, N. (2018). *Prevenција suicidalnosti u populaciji bolesnika starije životne dobi* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. School of Medicine. Chair of Psychiatry and Psychological Medicine.).
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, *146*(4), 348-361.
- Geoffroy, M. C., Gunnell, D., & Power, C. (2014). Prenatal and childhood antecedents of suicide: 50-year follow-up of the 1958 British Birth Cohort study. *Psychol Med*, *44*(6), 1245-1256.
- Guzman, A., Tonelli, L. H., Roberts, D., Stiller, J. W., Jackson, M. A., Soriano, J. J., Yousufi, S., Rohan, K. J., Komarow, H., & Postolache, T. T. (2007). Mood-worsening with high-pollen-counts and seasonality: a preliminary report. *Journal of affective disorders*, *101*(1-3), 269–274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.026>
- Goodwin, F. K., Fireman, B., Simon, G. E., Hunkeler, E. M., Lee, J., & Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *Jama*, *290*(11), 1467-1473.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS medicine*, *13*(3), e1001968.
- Gysin-Maillart, A., Soravia, L., & Schwab, S. (2020). Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. *Journal of affective disorders*, *264*, 393-399.

- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996– 2003. *American journal of epidemiology*, 167(10), 1155-1163.
- Henson, K. E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA psychiatry*, 76(1), 51-60.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 91-111.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of suicide research*, 14(3), 206-221.
- Jobes, D. A., Au, J. S., & Siegelman, A. (2015). Psychological approaches to suicide treatment and prevention. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(4), 363-370.
- Jobes, D. A., & Bowers, M. E. (2015). Treating suicidal risk in a post-healthcare reform era. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj*, 319(7206), 348-351.
- Kim, C. D., Lesage, A. D., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., & Turecki, G. (2004). Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 333–339.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen, I., ... & Gould, M. S. (2008). Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *Journal of affective disorders*, 109(1-2), 47-55.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., ... & Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 48(3), 254-261.
- Klomek, A. B., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282- 288.
- Klomek, A. B., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L., & Gould, M. S. (2011). High school bullying as a risk for later depression and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(5), 501-516.
- Klomek, A. B., Sourander, A., & Elonheimo, H. (2015). Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 930-941.
- Kposowa, A. J., & D'Auria, S. (2010). Association of temporal factors and suicides in the United States, 2000–2004. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(4), 433-445.

- Maes, M., Cosyns, P., Meltzer, H. Y., De Meyer, F., & Peeters, D. (1993). Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. *The American journal of psychiatry*, *150*(9), 1380–1385. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.9.1380>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American journal of Psychiatry*, *156*(2), 181-189.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, *4*(10), 819-828
- Marčinko, D. (2006). Uloga biologijskih faktora u suicidalnom ponašanju (The Role of Biological Factors in the Suicidal Behavior). *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, *2*(8).
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*, *38*(3), 407.
- Menesini, E., & Salmivalli, C. (2017). Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychology, health & medicine*, *22*(sup1), 240-253.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, *30*(1), 133-154.
- Nock, M. K., Stein, M. B., Heeringa, S. G., Ursano, R. J., Colpe, L. J., Fullerton, C. S., ... & Zaslavsky, A. M. (2014). Prevalence and correlates of suicidal behavior among soldiers: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA psychiatry*, *71*(5), 514-522.
- Nock, M. K., Ramirez, F., & Rankin, O. (2019). Advancing our understanding of the who, when, and why of suicide risk. *JAMA psychiatry*, *76*(1), 11-12.
- Novak, M., & Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, *15*(3), 473-498.
- Olfson, M., Shaffer, D., Marcus, S. C., & Greenberg, T. (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Archives of general psychiatry*, *60*(10), 978-982.
- Posner, K., Melvin, G. A., Stanley, B., Oquendo, M. A., & Gould, M. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS spectrums*, *12*(2), 156-162.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*, *164*(7), 1035-1043.
- Postolache, T. T., Mortensen, P. B., Tonelli, L. H., Jiao, X., Frangakis, C., Soriano, J. J., & Qin, P. (2010). Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history

of hospitalization for mood disorders. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 88–93.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.015>

- Pupovac, I. D. (2017). *Suicidi kod osoba koje nemaju psihički poremećaj* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. School of Medicine. Chair of Psychiatry and Psychological Medicine.).
- Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J. T. (2008). Eleven deaths of Mr. K.—Contributing factors to suicide in narcissistic personalities. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 169-182.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *American journal of psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Shariff, S., & Gouin, R. (2006). Cyber-dilemmas: Gendered hierarchies, new technologies and cyber-safety in schools. *Atlantis: Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice*, 31(1), 27-37.
- Simon, G. E., Savarino, J., Operskalski, B., & Wang, P. S. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 41-47.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., & Tippett, N. (2006). An investigation into cyberbullying, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying.
- Smith, P. K., Thompson, F., & Davidson, J. (2014). Cyber safety for adolescent girls: bullying, harassment, sexting, pornography, and solicitation. *Current opinion in obstetrics and gynecology*, 26(5), 360-365.
- Sourander, A., Ronning, J., Brunstein-Klomek, A., Gyllenberg, D., Kumpulainen, K., Niemelä, S., ... & Moilanen, I. (2009). Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *Archives of general psychiatry*, 66(9), 1005-1012.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., ... & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, 19(2), 256-264.
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., ... & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA psychiatry*, 75(9), 894-900.

- Tonelli, L. H., Hoshino, A., Katz, M., & Postolache, T. T. (2008). Acute Stress Promotes Aggressive-Like Behavior in Rats Made Allergic to Tree Pollen. *International journal of child health and human development : IJCHD*, 1(3), 305–312.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*.
- Valtonen, H., Suominen, K., Partonen, T., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2006). Time patterns of attempted suicide. *Journal of affective disorders*, 90(2-3), 201–207.
- Van Heeringen, C., Audenaert, K., Van Laere, K., Dumont, F., Slegers, G., Mertens, J., & Dierckx, R. A. (2003). Prefrontal 5-HT_{2a} receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. *Journal of affective disorders*, 74(2), 149-158.
- Vidanović, I. i Kolar, D. (2003). *Mentalna Higijena*. Beograd: Autorsko izdanje.
- Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Naklada Slap.
- Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(3), 271-282.
- World Health Organization (2019). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide a global imperative*. Geneva, Switzerland. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf?sequence=8

Izvori statističkih podataka

- Federalni zavod za statistiku (2020) *Demografska statistika 2019*. Sarajevo: Federalni zavod za statistiku.
- MUP KS (2021a) Izvještaj o radu Uprave policije MUP-a Kantona Sarajevo za 2020. godinu. Sarajevo.
- MUP KS (2021b) Izvještaj o radu Uprave policije MUP-a Kantona Sarajevo za za period januar-mart 2021. godine. Sarajevo
- MUP KS (2021c) Izvještaj o radu Uprave policije MUP-a Kantona Sarajevo za mjesec mart 2021. godine. Sarajevo.
- Republički zavod za statistiku (2020) *Demografska statistika*. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Banja Luka