

Suicid i mladi

Periša, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:745703>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-18**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Maja Periša

SUICID I MLADI

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: Prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. SUICID KROZ POVIJEST DO DANAS.....	2
3. RIZIČNI ČIMBENICI.....	3
4. EPIDEMIOLOGIJA U RH.....	6
5. PRIKAZ SUICIDA MLADIH U MEDIJIMA	9
6. PARASUICID I SUICID.....	10
6.1. Parasuicid	10
6.2. Suicid.....	13
6.3. Povezanost suicida i parasuicida.....	18
7. POZIV U POMOĆ	19
8. PREVENCIJA SUICIDA	20
9. ZAKLJUČAK.....	25
LITERATURA	27

Suicid i mladi

Sažetak:

Rad započinje tematiku suicida kroz povijesni pregled, zatim razrađuje taj poseban fenomen kroz rizične i zaštitne čimbenike, epidemiologiju u Republici Hrvatskoj, prikaz u medijima kao poseban problem sadašnjice, samo definiranje značajnih pojmova te razradu, i konačno prepoznavanje kroz ponašajne i druge obrasce, te pregled preventivnih programa, pri čemu je posebno orijentiran na mlade kao ugroženu skupinu.

Suicid mladih je fenomen koji zaokuplja stručnjake različitih struka i koji ga pokušavaju svakim danom sve više razumjeti.

Mlade osobe, kao svaka osoba posebna i specifična za sebe, zahtijevaju individualan pristup u pružanju pomoći i prije svega razumijevanje njihovih problema. Važnu ulogu ima okolina, prvenstveno obiteljska, a zatim i stručnjaci koji trebaju sudjelovati u prevenciji i edukaciji kako bi se smanjio broj suicida, te općenito društvo u cjelini. Razvijajući podržavajuću okolinu koja ima razumijevanja za mlade, stvaramo pozitivno okruženje u kojem svaki problem ima pozitivno rješenje.

Ključne riječi: suicid, djeca i mladi, edukacija, prevencija suicida

Suicide and young people

Abstract:

The paper begins with the topic of suicide through a historical overview, then elaborates on this special phenomenon through risk and protective factors, epidemiology in the Republic of Croatia, representation in the media as a special problem of the present, defining significant terms and developing concepts, and final recognition through behavioral and other patterns, with an overview of preventive programs, where the topic is especially oriented towards young people as a vulnerable group.

Youth suicide is a phenomenon that fascinates experts from various professions who try to understand it more and more every day.

Young people, who are special and specific as individuals, require an individual approach to providing help and, above all, an understanding of their problems. An important role is played by the environment, primarily the family, and then by experts who need to participate in prevention and education to reduce the number of suicides, as well as society as a whole.

By developing a supportive and understanding environment for young people, we create a positive environment where every problem has a positive solution.

Keywords: suicide, children and youth, education, suicide prevention

Izjava o izvornosti

Ja, Maja Periša, pod punom moralnom, materijalom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljen način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Maja Periša

Datum: _____

1. UVOD

„Riječ „suicidum“ latinskog je podrijetla (sui – sebe, occidere – ubiti, caedes – ubojstvo) te se u hrvatskom jeziku prevodi kao samoubojstvo ili samouništenje“ (Klarić, 2007. prema Mindoljević Drakulić, 2013.: 3).

Suicid je danas globalni fenomen koji zaokuplja stručnjake različitih struka, te se sagledava kroz prizmu multidisciplinarnosti. Nažalost, suicid s brojkama koje su visoke i sveprisutne u svakodnevnom životu, vodeći je javnozdravstveni problem, također na globalnoj razini.

Razno razne su teorije, mišljenja, objašnjenja koja govore o suicidu. Iako se brojni stručnjaci svakodnevno bave ovim pitanjem, ono i dalje ostaje nedovoljno istražen fenomen, s daljnjim pitanjima koja se pojavljuju svakodnevno, a s obzirom da se radi o zaista složenom i delikatnom problemu ljudske psihe. Izučavanje je tim više teže budući je svaki čovjek posebna individua i slučaj za sebe (Stanić, 1999.).

Cilj rada je pobliže objasniti pojavu suicida kod mladih, te prikazati stopu suicida u Republici Hrvatskoj i problematiku koja se veže uz suicid, utvrditi čimbenike koji vode tom činu, a koji bi značajno mogli utjecati na prevenciju i smanjenje stope što pokušaja, što izvršenih suicida kod mladih, te dati uvid u razvoj preventivnih programa i same prevencije tamo gdje je najpotrebnija i gdje će imati najveći utjecaj na ciljanu populaciju.

Što je to što mlade dovodi do takvog čina? Pitanje je to koje zaokuplja kako stručnjake, tako i širu javnost, a najteže pada upravo okolini, tj. obiteljima i prijateljima osobe koja pokušava ili izvršava suicid. Proces koji prethodi suicidu traje, isprepleten je raznim čimbenicima i uzrocima, te se gotovo nikad ne radi o ishitrenoj radnji.

2. SUICID KROZ POVIJEST DO DANAS

Kroz povijest se mijenja shvaćanje i značenje suicida, počevši od stajališta da se na taj način pomaže zajednici da preživi odnosno da se hrana sačuva za druge zdravije, mlađe osobe, zatim stajališta u kojem se dugo takav čin osuđivao, pa sve do današnjeg stajališta gdje se suicid sve više promatra kroz prizmu razumijevanja, prevencije i pomoći.

Ako se vratimo u najranija razdoblja čovječanstva, dobit ćemo uvid u to da u nekim primitivnim plemenima suicid kao čin ni ne postoji dok se u nekim plemenima suicid gleda ili kao religiozan čin ili kao društveno prihvaćen čin koji rješava određene probleme (Stanić, 1999.).

Govoreći o pojedinim zemljama i narodima, a kao što je već navedeno u početku ovog poglavlja, Eskimi daju primjer gdje su suicid vršili stariji članovi zajednice u slučaju nestašice hrane. Drevni narodi Vizigota i Tračana su suicid starijih članova zajednice tumačili kao dostojanstven oblik smrti nasuprot teške starosti u kojoj postaju nemoćni (Šakić, 2011.).

Pod opisom suicida neki narodi zapravo svrstavaju situacije ubojstva, pa tako kod Gala imamo situacije u kojima slugama nije dozvoljeno da žive duže od gospodara ili pak u Indiji gdje su žene, u slučaju muževe smrti, vršile suicid (Stanić, 1999.). Dakle, tu imamo situacije gdje se zapravo na neki način prisiljava određene članove društva na suicid zbog društveno prihvaćenih normi.

Ako bi se osvrnuli na razdoblje pojave kršćanstva, onda također imamo vidljive promjene u shvaćanju i tumačenju čina suicida kroz vrijeme. Općenito, prije pojave kršćanstva suicid se opravdavao mišljenjem da je važnija kvaliteta života od njegova samog trajanja. S pojavom kršćanstva, suicid kao čin se ne osuđuje, već naprotiv. Prva razmišljanja o zagrobnom životu i blaženstvu koje dolazi nakon smrti donosi mučenike koji si oduzimaju život, pa je na neki način taj čin opravdan i prihvaćen. Dolaskom razdoblja srednjeg vijeka stav o suicidima se mijenja. Nailazimo na prve osude suicida kao čina, te ulazimo u eru gdje osobe koje počine suicid bivaju izopćene iz Crkve,

zabranjen je ukop pokojnog na posvećenim mjestima bez vjerskog obreda, a kasnije dolazi i do toga da zakonodavstvo prepoznaje suicid kao kazneno djelo nakon koje se čak i oduzima imovina osobe koja je počinila suicid bez ikakve mogućnosti naknade za obitelj (Šakić, 2011.).

Što se više približavamo današnjem vremenu imamo sve veći uvid u razvijanje tolerancije i, na neki način, razumijevanje prema činu suicida. S dolaskom Francuske revolucije mijenja se stajalište da je suicid kazneno djelo, te se dekretom iz 1790. godine ukida kažnjavanje osoba koje počine suicid, odustaje se od prakse oduzimanja imovine i mijenja se pravilo o ukopu pa sada osobe koje su počinile suicid mogu biti pokopane kao i drugi umrli (Šakić, 2011.).

Od spomenute Francuske revolucije, koja na neki način označava početke tolerantnijeg stava prema suicidu, pa sve do danas vidljiv je trend kojim se odustaje od označavanja suicida kao kaznenog djela. Sve više se radi na samoj prevenciji i sprječavanju da do samog čina uopće dođe. Ono što postaje kažnjivo i što u novijem dobu postaje kazneno djelo je poticanje na suicid. Takvo kazneno djelo prepoznaje i hrvatsko zakonodavstvo (Šakić, 2011.).

3. RIZIČNI ČIMBENICI

Stanić (1999.) navodi kako rizični čimbenici koji se pojavljuju kod mladih mogu biti prisustvo adolescentske krize, psihičkih i fizičkih zlostavljanja, loše obiteljske situacije (život bez adekvatne roditeljske skrbi, izostanak podrške i razumijevanja prema mladima, djeca se koriste kao predmet ucjena, prijatnji i obračuna), određene patologije roditelja. Također ističe da većina stručnjaka smatra kako je upravo jedan od glavnih rizičnih čimbenika onaj obiteljski.

Houston, Hawton i Shepperd (2001.) su proveli istraživanje o suicidima mladih u dobnoj skupini od 15 do 24 godine. Rizični čimbenici koje su oni utvrdili tijekom istraživanja su: problemi s mentalnim zdravljem, korištenje alkohola i droga, obiteljski odnosi, prijašnji problemi s policijom, prijašnje samoozljeđivanje, te ukupan broj

problema prisutan kod osobe koja je počinila suicid (utvrđeno je dva, tri, četiri, pet i više problema s kojima se suočavala osoba koja je počinila suicid, prije samog čina).

Nastavno na navod kako je broj problema koji je utvrđen kao rizični čimbenik prilikom istraživanja koje su proveli Houston, Hawton i Shepperd (2001.), Jugović i Luković (2012.) u svom radu ističu korelaciju prisutnog većeg broja rizičnih čimbenika i veće vjerojatnosti da će osoba pokušati ili pak uspješno izvršiti suicid. Od ostalih rizičnih čimbenika oni navode odnose s roditeljima i vršnjacima; depresivnost, impulzivnost i autoagresiju uz prisutnost narcizma; perfekcionizam, nemogućnosti toleriranja neuspjeha i nesavršenosti; nemogućnost prihvaćanja odvajanja i gubitka; povijest suicida ili ranih smrti u obitelji; prisustvo mentalnih bolesti u obitelji, nezaposlenost, siromaštvo, razvod roditelja; samoozljeđivanje; zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, socijalnu isključenost (Jugović, Luković, 2012.).

Kao poseban rizičan čimbenik, već ranije spomenut, je i samoozljeđivanje. Za samoozljeđivanje većina istraživača ima stav kako nije toliko povezan sa samim suicidom budući ga tumače na način da je ono poziv u pomoć, puko nanošenje ozljeda samom sebi koje označava samokažnjavanje ili pak samonagrađivanje. No, postavlja se pitanje kako ga onda tumačiti kada imamo situaciju u kojoj osoba pretjera sa samozljeđivanjem i dođe do suicida. Istraživanje koje je provedeno u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež, 2007. godine, s ispitanicima u dobnom rasponu od 12 do 18 godina, je ipak pokazalo povezanost između samoozljeđivanja i suicida, odnosno čak 53,85 % ispitanika, koji se samoozljeđuju, je ranije pokušalo počiniti suicid, imalo je namjeru počiniti suicid ili je imalo suicidalne misli (Sičić, Mužinić, 2008.).

Folnegović-Šmalc, Kocijan Hercigonja i Barac (1991., prema Novak, Bašić, 2010.) kao rizične čimbenike navode školske probleme, suicidalnost u obiteljskoj anamnezi, loša komunikacija između djeteta i roditelja, te stresni životni događaji.

Australsko psihološko društvo zagovara stav da na pojedinca utječe kombinacija socijalnih, personalnih i situacijskih čimbenika rizika i to: „transgeneracijska depresija u obitelji, ponajprije kod roditelja, izloženost nasilju u kući, konflikti oko pitanja

vezanih za seksualni identitet, zloraba alkohola i droga, obrasci slabe komunikacije s drugima i/ili izoliranosti od drugih“ (Australian Psychological Society, 2010. prema Mindoljević Drakulić, 2013.; 139-140).

Graovac i Prica (2014.) ističu dvije generalne vrste rizičnih čimbenika – endogeni (unutarnji) i egzogeni (vanjski). Autori navode kako u te dvije vrste spadaju mentalna oboljenja (kod 90% mladih koji su počinili suicid utvrđena je barem jedna dijagnoza) poput depresivnih poremećaja, poremećaja raspoloženja i anksioznosti, paničnih napadaja ili shizofrenije. Rizik naročito raste kada postoji kombinacija nekog od poremećaja i zloraba psihoaktivnoj supstanci. Rizični čimbenik je i stres, no on ovisi o percepciji mlade osobe jer za nekoga određena situacija neće predstavljati značajan problem, a za nekoga će ona biti okidač. Kao jedan od rizičnih čimbenika navodi se i obitelj, odnosno situacija i odnosi u obitelji i to poremećeni odnosi između roditelja i djece, depresija utvrđena kod roditelja, zloraba psihoaktivnih supstanci kod roditelja, izloženost djece seksualnom i fizičkom nasilju, te često seljenje. Osim obiteljske okoline, rizični čimbenik predstavlja i školska okolina s obzirom na to da ima čak i veću važnost u životu mlade osobe, te pripadnost LGBT zajednici. Školska okolina kao rizik je povezana i s profesorima i ispitima (što je ispit važniji to je stres veći, a nezadovoljstvo rezultatima se može odraziti na odnos s profesorima) i s vršnjacima (vršnjačko zlostavljanje). Pripadnost LGBT zajednici označava rizik koji je povezan s okolinom koja osuđuje, roditeljima koji ne prihvaćaju seksualnu orijentaciju svoje djece, izloženošću predrasudama, socijalnom isključenosti, homofobnim ponašanjem (Graovac, Prica, 2014.).

Usporedbom nekoliko autora vidljivo je kako svi definiraju dosta slične, pa čak i iste rizične čimbenike. U konačnici, a kako to navode Lebedina-Manzoni i Maglica (2004.), lista rizičnih faktora specifična je po tome jer ona zapravo nikad neće prestati rasti, nadopunjavati se, mijenjati, a s obzirom da se posebno treba uvažiti individualnost osobe, situacije u kojima se nalazi, ali i percepciju problema ili stresnu situaciju budući je ona kod svake osobe drugačija.

4. EPIDEMIOLOGIJA U RH

Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grubišić i Kovačić (2002.) su proveli istraživanje koje se odnosilo na petnaestogodišnje razdoblje (1985-2000) s ciljem utvrđivanja potencijalnih promjena u stopi suicida, razlikama koje se pojavljuju s obzirom na spol i dob u desetogodišnjem razdoblju (1990-2000), te razliku u stopi suicida s obzirom na predratno i poslijeratno razdoblje u Republici Hrvatskoj.

Konačni rezultati su pokazali da nema značajne razlike u stopi suicida tijekom petnaestogodišnjeg razdoblja, kao ni u odnosu na predratno i poslijeratno razdoblje. Tijekom desetogodišnjeg razdoblja suicid je počinilo ukupno 9987 osoba, pri čemu je s obzirom na dob, najveća stopa suicida prisutna kod osoba između 15 i 30 godina i kod osoba koje su starije od 65 godina. S obzirom na spol, suicid je češći kod muškaraca nego kod žena (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grubišić i Kovačić, 2002.).

Detaljniji pregled u odnosu na spol govori o sličnostima i razlikama između žena i muškaraca. Suicid je češći kod udanih žena, žena koje nemaju djecu, umirovljenih žena, žena koje pate od mentalnih bolesti, te kod žena koje su već pokušale izvršiti suicid. Kod muškaraca je također prisutniji kod onih koji su oženjeni i koji nemaju djece, kod onih koji su zaposleni, imaju nekih zdravstvenih problema, te imaju problema s alkoholom. U odnosu na mjesto i način počinjenja, nema razlike između žena i muškaraca (većina će počiniti suicid kod kuće, vješanjem), a s obzirom na dan u tjednu i godišnje doba, žene će najčešće počiniti suicid u ljeto i utorkom, dok će muškarci najčešće počiniti suicid u proljeće i ponedjeljkom (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grubišić i Kovačić, 2002.).

Posebno se ističe podatak, koji je utvrđen ovim istraživanjem, o tome da je 80% osoba koje su počinile suicid taj čin najavile (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grubišić i Kovačić, 2002.).

Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske također prikuplja podatke o počinjenim suicidima, te za razdoblje od 2005. do 2010. godine navodi kako je 3045 osoba počinilo suicid u Republici Hrvatskoj, dok je na području zagrebačke Policijske

uprave (dalje: PU zagrebačke) taj broj iznosio, za isto razdoblje, 833 počinjena suicida i 622 pokušaja suicida. 2009. godine, na temelju analize 167 slučajeva suicida na području PU zagrebačke, utvrđeno je da suicid češće čine muškarci, najčešći je u dobnoj skupini 25-50 i kod starijih od 75 godina, odnosno od kojeg ukupnog broja počinjenih suicida 20% čine adolescenti, češći su slučajevi planiranog suicida, te je u 40% slučajeva došlo do suicida nakon prethodno neuspjelog pokušaja. Najčešći motiv je bolest, prisutniji je kod osoba koje žive same, razvedene su ili su udovci/e, niže ili srednje stručne spreme, te u odnosu na zanimanje češći je kod radnika, službenika, poljoprivrednika, studenata i učenika, a daleko najveći udio čine nezaposleni. Najčešći način počinjenja je vješanje, najčešće mjesto za počinjenje je vlastiti dom, a čak 60% osoba koje su počinile suicid su pokazivale znakove tuge, apatije i beznađa, te su govorile o smrti (Vulama, 2010.).

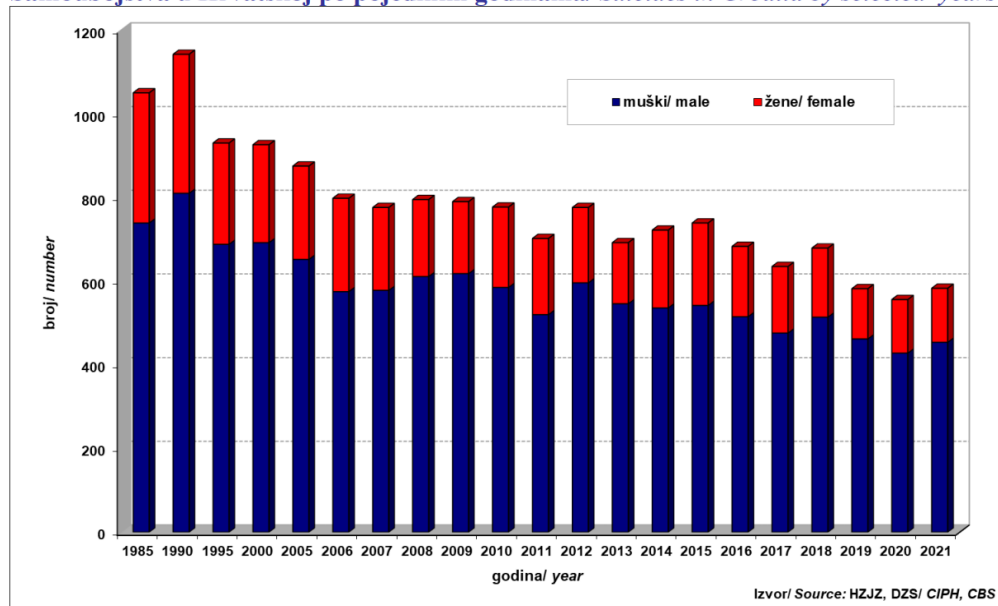
Najnoviji podaci i za duže vremensko razdoblje ipak pokazuje oscilacije u broju suicida te se od 1999. godine općenito bilježi padajući trend. Za djecu do 14 godina utvrđena je stopa od 1 slučaja na 100 000, a u 2021. godini nije zabilježen niti jedan slučaj suicida u toj dobnoj skupini. Kada govorimo o mladim osobama (15-19) u pojedinim godinama u Republici Hrvatskoj zabilježen je porast stope suicida, no od 2000. godine uočen je padajući trend. Isto tako i za osobe u dobnoj skupini 20-49 bilježe se oscilacije, da bi od 2000. također uočen padajući trend (HZJZ, 2023.¹).

¹ HZJZ (2023). *Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2022*. Posjećeno 16.4.2023. na mrežnoj stranici HZJZ: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2022/>

Slika 4.1.

Samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama

Samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama/ Suicides in Croatia by selected years

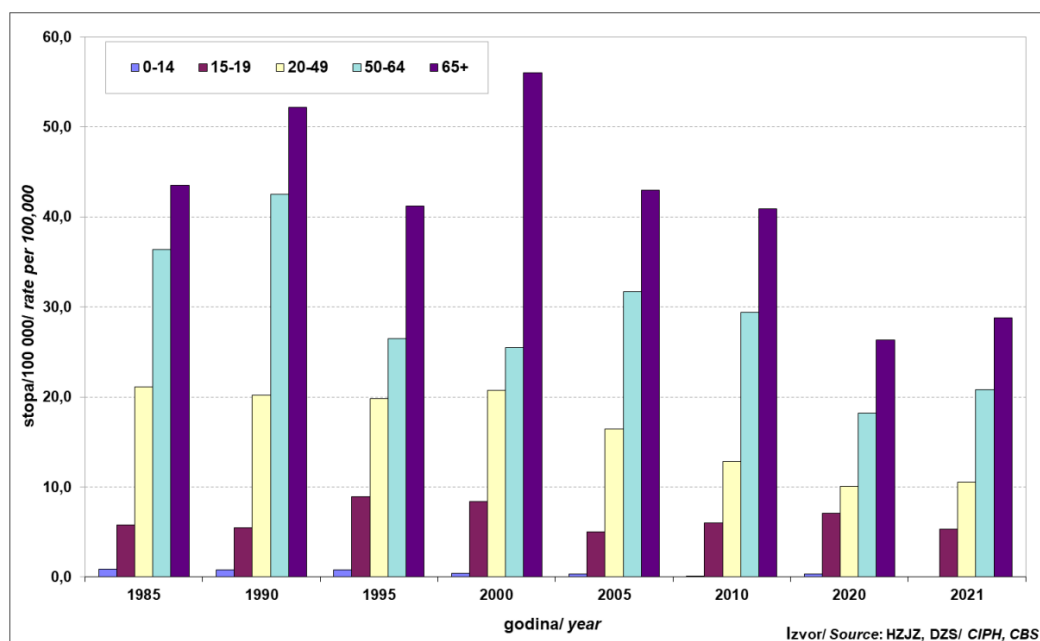


Izvor: HZJZ, 2023.

Slika 4.2.

Dobno-specifične stope smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj 1985., 1990., 1995., 2000., 2005., 2010., 2020. i 2021. godine

Dobno-specifične stope smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj 1985., 1990., 1995., 2000., 2005., 2010., 2020. i 2021. godine/ Age-specific suicide rates, Croatia 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2020 and 2021



Izvor: HZJZ, 2023.

5. PRIKAZ SUICIDA MLADIH U MEDIJIMA

Mediji, svih vrsta, su postali sastavni dio života. Veliko pitanje i naglasak prilikom izvještavanja o suicidima se stavlja na samu etiku u medijima gdje je izvještavanje površno i senzacionalističko. Posebno se ističe 2006. i 2007. godina kada se u medijima pojavila, kao udarna vijest koja se emitira u udarnim minutama vijesti i dnevnika te na naslovnicama, vijest o suicidima maloljetnika. U ovim slučajevima, urednici i novinari zanemarili su svaki oblik etike, poštovanja prema žrtvi, njihovima obiteljima i okolini općenito, dostojanstva prema osobi koja je počinila suicid i prema njegovoj obitelji, pri čemu su s izrazitom strastvenošću komentirali i opisivali suicid, te su tražili od obitelji i okoline da komentiraju suicid. Isto tako, ako se u udarnim terminima izvještava o suicidima na takav senzacionalistički način, ono može dati lažan efekt kojim bi se takav čin smatrao kao nešto normalno i kao prilika za par minuta slave (Burić, 2008.).

Ovakvo postupanje naišlo je na osudu javnosti. No ono što je predstavljalo puno veći problem su posljedice takvog udarnog izvješćivanja – poticanje novih suicida, odnosno o nastupanju Wertherovog efekta (Burić, 2008.). Wertherov efekt se u literaturi opisuje kao pojava oponašajućih suicida nakon medijskih izvještavanja o suicidu, a koji pojam potječe na temelju Goetheovog djela *Patnje mladog Werthera* (Gould, Jamieson, Romer, 2003.). Goethe je opisao probleme s kojima se Werther suočavao te u konačnici počinio suicid. Nakon što je djelo objavljeno, uslijedio je niz suicida mladih koji su se poistovjećivali s Wertherom i koji su izvršeni na sličan način kao što je to bilo opisano u knjizi (Mindoljević Drakulić, 2013.). Stoga, predetaljno opisivanje čina suicida, popraćeno određenim scenama, neminovno i dokazano vode u povećanje broja suicida (Mandarić, 2012.).

Gould, Jamieson i Romer (2003.) rade analizu različitih istraživanja, te utvrđuju da je suicid kao takav zarazan, odnosno rade razliku između zaraze putem vijesti i zaraze putem fikcije. Zaraza putem vijesti se opisuje kao izvještavanje o suicidima u medijima i novinama koji kao posljedicu imaju povećanje broja suicida. Zaraza putem fikcije opisana je kao emitiranje različitih filmova i serija u kojima je prikazano suicid,

što također kao posljedicu ima povećanje broja suicida kod mladih (Gould, Jamieson, Romer, 2003.).

Još jedan od oblika utjecaja na mlade se javlja u slučaju kada neka slavna osoba počini suicid. Tada može doći do efekta kopiranja suicida (eng. *copycat suicide*) (Graovac, Prica, 2014.). Jugović i Luković (2012.) navode kako, nakon suicida slavne osobe, u nekim zajednicama dolazi do „male epidemije suicida“.

Kada govorimo o kopiranju suicida možemo se dotaknuti i grupnih suicida. Jedna mlada osoba počini suicid, a onda slijedi val drugih suicida koji kopiraju prvi suicid. I u ovom slučaju, kada mediji izvještavaju o takvim grupnim suicidima, može doći do porasta broja suicida. Isti efekt može prouzročiti i lažna priča o suicidu (Schleifer, 2008.).

WHO je dao uputu kojom naglašava da mediji ne objavljuju slike osoba koje su počinile suicid, ne opisuju način na koji je suicid počinjen i da ne otkrivaju mjesto počinjenja. Osim toga, mediji bi trebali voditi računa o etičnosti kada izvještavaju o takvoj osjetljivoj temi, uz poštivanje dostojanstva kako osobe koja je počinila suicid tako i njegove obitelji (Burić, 2008.).

6. PARASUICID I SUICID

6.1. Parasuicid

„Parasuicidalno ponašanje su svi postupci koji (ne)izravno vode u autodestrukciju te uključuju dugačku ljestvicu od nesvjesnog do svjesnog samoozljeđivanja.“ (Mindoljević Drakulić, 2013.: 11). U literaturi je moguće pronaći parasuicidalno ponašanje i pod nazivom mikrosuicida ili presuicida koji označava svaki neuspjeli pokušaj suicida (Marčinko, 2011. prema Mindoljević Drakulić, 2013.). Povezan pojam s parasuicidom je i parasuicidalna pauza koja se opisuje kao faza u kojoj osoba zapravo ne želi izvršiti suicid, već samo želi prespavati stresnu situaciju (Stanić, 1999.).

Parasuicidalno ponašanje prvi utvrđuje Ringel, te time objašnjava psihološka i psihopatološka događanja koje prolazi osoba koja planira izvršiti suicid u periodu prije samog počinjenja suicida. Definira četiri faze procesa koje se događaju prije suicida i to: „1. insuficijencija i sužavanje; 2. agresija; 3. bijeg u nerealno (maštanje o samoubojstvu); 4. psihička anestezija“. Prvu fazu označavaju strah, tuga, tjeskoba, usamljenost, izolacija, nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih zadataka, a glavni problem je u onom trenutku kada suicident više ne vjeruje u vlastitu egzistenciju. Ističe se kako je u ovoj fazi najveća mogućnost za prevenciju, odnosno što se prije uoči da se čin suicida najavljuje to je moguće prije djelovati i pomoći. U drugoj fazi, kao posljedica izolacije, izbija agresija koju suicident akumulira unutra i sve su veće šanse za autodestrukciju. Treća faza je bijeg u nerealno, u kojem suicident sve više planira i razmišlja o činu suicida, te zapravo sve više prekida veze sa stvarnim svijetom i ulazi u svijet fantazija koji mu je u tom trenutku najlakši bijeg. I posljednja, četvrta faza, označava dijeljenje ličnosti suicidenta gdje se s jedne strane obavljaju svakodnevne zadaće, a s druge strane se priprema za suicid (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Parasuicidalno ponašanje se sastoji od dva, međusobno povezana, smjera prema kojem može težiti – težnju za smrću i apel u pomoć, odnosno poziv u pomoć (Mindoljević Drakulić, 2013.). Nailazimo na dvije suprotnosti – nagonom za životom i nagonom za smrću, odnosno na jednoj strani imamo osobe kod kojih je težnja za smrću jedva uočljiva dok je poziv u pomoć vrlo uočljiv, a s druge strane imamo osobe kod kojih je težnja za smrću donesena i nepromjenjiva odluka, no na van nevidljiva kao i sam poziv u pomoć (Stanić, 1999.).

Nakon pojave termina parasuicid nastaje i termin svjesnog, odnosno namjernog ozljeđivanja. Namjerno samoozljeđivanje je češće kod žena nego kod muškaraca, te je češći kod mladih nego kod drugih dobnih skupina. Ono na neki način označava olakšanje za osobu koja izvodi samoozljeđivanje (smanjenje anksioznosti, depresije itd.), a može se tumačiti i kao oblik *acting out-a* kojim se osoba oslobađa, npr., agresivnosti. U ovom obliku samoozljeđivanje ne vodi prema suicidu jer se osoba oslobađa od negativnosti, on je više čin oslobođenja. S druge strane, imamo i

indirektno samoozljeđivanje, koje također ne vodi u čin suicida, ali utječe na kvalitetu života osobe i skraćuje ga (ovisničko ponašanje, zanemarivanje liječničkih uputa itd.). Kao glavnu razliku između pojmova namjernog ozljeđivanja i parasuicida je upravo ta želja (težnja) za smrću koja postoji kod parasuicida, a izostaje kod namjernog ozljeđivanja (poziv u pomoć) (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Moguće je razlikovati četiri vrste pokušaja suicida i to: „1. stvarni bez smrtnog događaja, 2. ravnodušni sa ili bez usmrćenja, 3. fingirani sa smrtnim ishodom, 4. ucjenjivački (lažni) bez usmrćenja“ (Stanić, 1999.: 32-33). Kada se osoba zaista odluči počiniti suicid ona će u toj nakani biti ustrajna dok do svog cilja i ne dođe. Kod ravnodušnih osoba je specifičan njihov ravnodušni stav prema životu gdje, također, pokušava suicid dok ga ne izvrši. Fingirane i ucjenjivačke pokušaje suicida najčešće vidimo kod mladih. U oba slučaja takvo ponašanje ima za cilj skretanje pozornosti na sebe, dobivanje određenih povlastica, ucjenu radi ostvarenja dobiti i izbjegavanja nekih loših posljedica (npr. kazna za delikventno ili kriminalno ponašanje). Posebna se pažnja treba usmjeriti na mlade koji ucjenjuju suicidom jer ne možemo znati da li će ga zaista i počiniti, a s druge strane, ponekad ni mlada osoba ne zna da li ga zaista želi počiniti ili samo želi nešto postići poput rješavanja problema ucjenom (Stanić, 1999.).

Parasuicid je češći u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi (Prološčić i sur., 2013.), te je češći kod djevojaka nego kod mladića (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.), a kada se promatra u odnosu na broj izvršenih suicida, parasuicid je češći (0,2 promila od ukupnog broja populacije će počiniti suicid, dok će parasuicid počiniti deset do petnaest puta više osoba) (Stanić, 1999.).

Iz medicinske perspektive suicidalnost je najučestalije psihijatrijsko hitno stanje koje zahtjeva intenzivnu psihijatrijsku skrb, odnosno zahtjeva liječenje u jedinici intenzivne psihijatrijske skrbi, gdje se primjenjuje kombinacija psihofarmakoterapije, psihoterapije, savjetovanja, te se osobu koja je pokušala suicid neprekidno nadzire kako bi se spriječio ponovni pokušaj suicida (Prološčić i sur., 2013.).

Postupanje u slučaju zaticanja osobe koja je pokušala počinuti suicid, od strane osobe koja nije stručnjak, prvenstveno zahtjeva uspostavljanje komunikacije koja nije osuđujuća ili koja bi produbila osjećaj patnje kod osobe, poglavito u trenutku koji ga je trebao osloboditi patnje, a u kojem će ga suicident percipirati na način kao da ni u tome nije uspio. Važno je pokazati razumijevanje i zatražiti daljnju pomoć od stručnjaka (hitna medicinska pomoć, psihoterapija). Osim uključivanja u tretman, važnu ulogu ima i okolina koja, osim nadzora i praćenja, treba sudjelovati u daljnjem oporavku i uključivanju osobe koja je pokušala suicid, kako bi ona ponovno našla životni cilj i smisao, te kako bi se naučila nositi s poteškoćama (Stanić, 1999.).

6.2. Suicid

Kao i sama pojava suicida, tako i njegovo definiranje prolazi kroz različite faze, ovisno o dobu u kojem se pojavljuje. Različiti će autori također postavljati različite definicije ovisno i o shvaćanju te onome što se definiranjem želi postići uz uzimanje u obzir samog čina ili pak različitost u postupanju kod osoba koje vrše suicid, njihovim predispozicijama, utvrđenim rizičnim čimbenicima itd. (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Za potrebe ovog rada navodi se definicija:

- *Suicid je (ukoliko se ne radi o duševnom poremećaju) svjestan čin visoko uznemirene individue*
- *Suicid je aktivnost oduzimanja vlastitog života kao reakcija na životne stresore*
- *Suicid se sastoji od brojnih aspekata: biološkog, kulturološkog, socijalnog, odnosno, svjesnog i nesvjesnog*
- *Suicid je percipiran kao jedino rješenje na životni stres. (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 139).*

Uz već spomenute rizične čimbenike, različiti su i uzroci, odnosno motivi za počinjenje suicida, a koji su nadalje različiti od osobe do osobe. Kod mladih to mogu biti prekid ljubavne veze ili nekakav antisocijalni čin koji je ostavio osjećaj krivnje (Pilić, 1998., prema Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.), problemi u odnosu s roditeljima ili okolinom, traumatski događaji unutar obitelji (razvod roditelja,

alkoholizam roditelja, smrt člana obitelji itd.) (Kocijan-Hercigonja i dr., 1999., prema Vulama, 2010.), opterećenost s novim fazama života koje uključuju kontrolu rađanja, trudnoću, spolno prenosive bolesti, seksualni identitet (Schleifer, 2008.), školski stres i školski (ne)uspjeh (Subotić, Brajša-Žganec, Merkaš, 2008.), emocionalna nezrelost, psihička rastrojenost, nesigurnost, ljubomora, psihosocijalna neuravnoteženost, psihičke i fizičke traume itd., koji onda rezultiraju kažnjavanjem sebe ili okoline, ucjenjivanjem okoline ili bijegom od nepodnošljivih situacija (Stanić, 1999.).

Osim navedenog, valja spomenuti i psihijatrijske poremećaje. Suicid je najčešći kod velikog depresivnog poremećaja, bipolarnog afektivnog poremećaja, alkoholizma, shizofrenije i poremećaja ličnosti, a u novije vrijeme dokazan je i kod anksioznog poremećaja, poremećaja prehrane i posttraumatskog stresnog poremećaja. Također, vrlo čest slučaj je i postojanje dvije ili više ovih dijagnoza u kombinaciji, odnosno komorbiditet (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Opterećenost problemima, odnosno suicidalna opterećenost dolazi u tri faze. Prva faza označava fazu blage opterećenosti u kojoj se mlada osoba izolira, smanjuje sve kontakte, zatvara se u sobu, postaje povučena, a o suicidu razmišlja kao mogućem rješenju svojih problema. Dakle, u ovoj fazi mlada osoba još uvijek nije sigurna u plan, pa je stoga moguće i djelovanje okoline na način da otklone bilo kakvu suicidalnu ideju. Druga faza ili faza srednje opterećenosti označava period u kojem mlada osoba ima sve više argumenata za suicid, sve je više uvjerena u svoju odluku. I u ovoj fazi se javljaju dvojbe u vidu da želi i živjeti i umrijeti. Pokušava pronaći pozitivna rješenja, ali kako im ona ne daje olakšanje od situacije, ipak prevaže ideji suicida, te počinje razmišljati o tome kako, kada, gdje i kojim sredstvom izvršiti suicid. Ukoliko se u prve dvije faze ne uspije u djelovanju na način da se mlada osoba odvrati od suicidalnih ideja, da joj se ne pomogne da joj se stanje poboljša, nastupa treća i najgora faza. U toj fazi je mlada osoba donijela odluku koju je praktički nemoguće promijeniti, plan je određen i samo je pitanje vremena kada će biti i proveden. Kada nastupi treća faza, mladoj osobi je gotovo nemoguće pomoći, budući faza traje kratko a mlada osoba je gotovo potpuno izolirana od okoline te je komunikaciju svela na minimum (Stanić, 1999.).

Okidač za suicidalne misli mogu nastupiti i kada mlada osoba upadne u sporne situacije poput počinjenja nekog kaznenog djela, kršenja etičkih i moralnih normi, druženja s pogrešnim društvom, počinjenja nekih djela kojima se protive roditelji i profesori a koji kao posljedicu imaju neku represivnu mjeru (Stanić, 1999.).

Iz perspektive mlade osobe koja je odlučila počiniti suicid moguće je uočiti njihovu bezvoljnost, a prema svom životu imaju stav kako je on nepotreban, dosadan, sramotan, bez smisla, dok prema samima sebi imaju stav da su nesposobni, bezvrijedni, da su drugima teret, te da ih nitko ne voli i ne treba. Smatraju kako ih drugi ismijavaju, omalovažavaju. Probleme doživljavaju kao prijatnu vlastitom bivanju, uz česte slučajeve preuveličavanja problema i spornih situacija. Također, mladi koji su prepušteni sami sebi, te nemaju podršku odraslih, a sami su u nemogućnosti da se izgrade i ojačaju, su u daleko većem riziku od produbljivanja kriza i depresivnog stanja te samog počinjenja suicida. Takva osoba ulazi u začarani krug – od nje se traži izvršavanje zadataka, poslušnost i uspješnost, bez mogućnosti da se nekome obrati za pomoć i da verbalizira svoje probleme, zbog čega zapada u sve veće krize i bespomoć (Stanić, 1999.).

Mnogi autori navode podatak da je suicid treći uzrok smrti među mladim ljudima (Fleischmann, Bertolote, Belfer, Beautrais, 2005.; Novak, Bašić, 2008.; Jugović, Luković, 2012.; Graovac, Prica, 2014. itd.). U Republici Hrvatskoj je također na trećem mjestu u dobnoj skupini od 15 do 24 godine, dok je u dobnoj skupini od 5 do 14 godina na šestom mjestu (Poredoš Lavor, Jerković, Radišić, 2011.).

Prema različitim istraživanjima i dobivenim podacima utvrđeno je kako mladi suicid najčešće čine kod kuće, češće u neposrednoj blizini nekoga, u poslijepodnevnom ili večernjim satima (Hoberman, Garfinkel, 1988.), u proljeće, odnosno u svibnju i lipnju što povezujemo sa školskim neuspjehom (Stanić, 1999.). Način na koji mladi vrše suicid zapravo dosta ovisi o tome koliko netko želi biti (ne)uspješan u samom pokušaju. Kada netko definitivno želi uspjeti u svom naumu onda koristi letalnije metode. S obzirom da je utvrđen veći broj suicida kod mladića nego kod djevojaka,

jasnije je i da će oni koristiti upravo te smrtonosnije načine, pa tako najčešće biraju vatreno oružje (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.), dok će djevojke češće poseći za tabletama ili se odlučiti za trovanje ili vješanje (Hoberman, Garfinkel, 1988.), a općenito u odnosu na odrasle mladi će se češće odlučiti za spomenuto gutanje tableta i trovanje, zatim rezanje vena ili bacanje pod vlak (Stanić, 1999.).

Govoreći o suicidu u društvu, tijekom godina, razvili su se i različiti mitovi, koji zapravo izvor za nastanak pronalaze u općem neznanju. Najčešći mitovi koji se pojavljuju su:

1. „mladi ljudi se ne ubijaju“ (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 141): kao što je navedenom u prvom odlomku ovog podpoglavlja – suicid treći uzrok smrti kod adolescenata;
2. suicid se događa neočekivano, bez upozorenja: devet od deset adolescenata je ostavljalo nekakav trag (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.) poput povjeravanja, dijeljenja važnih stvari, ulazak u nepotreban rizik i sl. (Schleifer, 2008.);
3. „mladi koji pričaju o suicidu neće ga izvršiti“ (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 141): osam od deset adolescenata se povjerilo nekome da si planira oduzeti život (Schleifer, 2008.);
4. „mladi koji pokušaju suicid žele umrijeti“ (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 141): osoba koje je potencijalno suicidalna treba pomoć i treba podršku u vidu razumijevanja (Schleifer, 2008.);
5. edukacija i razgovor o suicidu daje adolescentima ideje o suicidu i potiče ih na suicid: razgovor s osobom koja je potencijalno suicidalna pomaže toj osobi da otkloni suicidalne ideje, da dobije osjećaj da ju se vidi, razumije i da je važna (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.; Schleifer, 2008.);
6. „nema razlike između suicidalnog ponašanja mladića i djevojaka“ (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 141): razna istraživanja upravo ukazuju na različitu stopu suicida ovisno o spolu, pri čemu rezultati dokazuju da suicid češće izvršavaju mladići (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.);
7. budući istraživanja dokazuju da djevojke manje izvršavaju suicid, njihove navode da će počinuti suicid ne treba shvaćati ozbiljno: upravo suprotno, a kao

što je već navedeno kod mita tri i kao važna suprotnost i činjenica za razbijanje ovakvih mitova – povjeravanje o tome da se planira suicid može upravo taj čin spriječiti. Osim toga, kao još jedan signal za predviđanje suicida su i raniji pokušaji suicida, a kojim pokušajima su sklonije djevojke (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.);

8. „većina adolescenata izvrši suicid predoziranje narkoticima“: podaci iz SAD-a ukazuju da su suicidi u najvećem postotku počinjena vatrenim oružjem, a zatim vješanjem. U prilog tome idu i navodi drugih autora koji također ističu da su najčešći načini počinjenja suicida s vatrenim oružjem i vješanjem (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grubišić, Kovačić, 2002.; Vulama, 2010.; Jugović, Luković, 2012.).
9. „adolescenti suicidalnog ponašanja su mentalno bolesni“ (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 141): utvrđeno je kako velika većina adolescenata barem jednom pomisli na suicid (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.);
10. suicid je nasljedan: znanost do danas nije pronašla gen koji bi se nasljeđivao, a zbog kojeg bi se suicidalnost prenosila s koljena na koljeno (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.), te činjenica da ga je netko počinio u obitelji ne mora nužno znači da će ga počiniti i netko drugi u obitelji (Schleifer, 2008.)
11. „suicid se događa samo među siromašnim adolescentima“ (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 141): do sada nije utvrđeno da suicid izvršavaju isključivo osobe lošijeg socioekonomskog statusa (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.);
12. „samo stručnjaci mogu pomoći“ (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.: 141): većina adolescenata se prvo za pomoć obraća prijateljima tražeći osobu koja je bliska i kojoj vjeruju, a tek na nagovor stručnjacima (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.).

Kada vidimo kakvo stajalište društvo ima, koji su i dalje zapravo osuđujući i bez razumijevanja, onda je jasno zašto se mladoj osobi teško obratiti za pomoć.

Smrt mlade osobe, čiji je uzrok suicid, najteži je oblik obiteljske tragedije. Cijeli je spektar osjećaja koji se javljaju kod najbližih članova obitelji, a oni variraju od srama,

neugodnosti, straha do odgovornosti, ljutnje, tuge, samooptuživanja. Sram i neugoda će doći uslijed razmišljanja što će okolina reći, dok ostali osjećaji, koji su najprisutniji kod roditelja, dolaze ponukani pitanjima u čemu su oni pogriješili te kako nisu vidjeli što se događa. Posebnu težinu osjećaja krivnje će imati oni roditelji koji su vršili određen pritisak na dijete prije samog počinjenja suicida (npr. visoki zahtjevi za postizanjem najboljeg uspjeha u školi) (Stanić, 1999.).

Nakon suicida djeteta, obiteljima, prijateljima i ostalima iz okoline koji su bili u bliskom odnosu sa suicidentom, potrebno je pružiti stručnu pomoć. Prva terapijska grupa za osobe kojima je neka bliska osoba počinila suicid osnovana je 1972. godine u SAD-u, a vodili su ih psihijatri, psiholozi, liječnici, socijalni radnici, pedagozi i osobe kojima je neki član obitelji izvršio suicid. Sudjelovanje koterapeuta (osoba kojima je član obitelji izvršio suicid), koji su dodatno osposobljeni za pružanje pomoći, pokazalo se kao iznimno dobra praksa s visokim stupnjem pozitivnih rezultata u vidu poboljšanja psihofizičkog stanja osoba koje sudjeluju u grupama za pomoć. Cilj ovakvih grupa je pomoći bližnjim osobama i osobama iz neposredne okoline da nastave život, smanje bol, da se rasterete, vrate smisao života i energiju, te da nauče živjeti s tim gubitkom i žalošću (Stanić, 1999.).

6.3. Povezanost suicida i parasuicida

Postoje različita istraživanja, koja su se provodila tijekom godina a koja ukazuju na povezanost parasuicida i suicida.

Diekstra (1996.) tvrdi, na temelju podataka iz drugih istraživanja (Kreitman, 1977.; Kreitman, Schreiber, 1979.; Diekstra, 1982.; Hawton, Goldacre, 1982.; WHO, 1982. prema Diekstra, 1996.), kako je utvrđen porast broja suicida među mladim osobama u zemljama gdje je uočen trend hospitalizacija zbog parasuicida. Za parasuicid navodi da je jedan od glavnih predikatora suicida.

Hawton, Fagg, Platt i Hawkins (1993.) provode istraživanje u Edinburgu kojim prikazuju postojanost većeg rizika od suicida kod mladih osoba kod kojih je prethodno bilo pokušaja suicida. Zatim, Hawton i sur. (1998.) provode istraživanje na razini

Europe (13 zemalja) te dokazuju povezanost između parasuicida i suicida kod mladih osoba, odnosno ukazuju na povećani rizik koji postoji kod osoba koje su pokušale izvršiti suicid, ali u tome nisu uspjele.

Vulama (2010.) također navodi kako najrizičniju skupinu čine osobe koje su već pokušale počiniti suicid.

Kao što i sama definicija parasuicida kaže da je to samo neuspjeli pokušaj, jasno je da, ukoliko ne dođe do poboljšanja kod osobe, ako se s njom ne radi, će zasigurno uslijediti novi pokušaj suicida, sve dok to i ne uspije.

7. POZIV U POMOĆ

Na neki način suicid, odnosno pokušaj suicida je definicija poziva u pomoć. Kako se tijekom godina mijenjalo shvaćanje suicida od toga da je on kazneno djelo do toga da se sve više radi na razumijevanju i prevenciji, tako imamo već utvrđene obrasce ponašanja koje možemo kod pojedinca tumačiti kao poziv u pomoć (Schleifer, 2008.).

Osim samog pokušaja suicida, kao poziv u pomoć se može tumačiti i kada mladi na neki način prijete da će počiniti suicid, ili će početi često spominjati i razgovarati o smrti i suicidu. Postat će sve zainteresiraniji za smrt kao takvu, umiranje i načine umiranja, bol vezanu za svaki od tih načina. Isto tako, početi će poklanjati svoje stvari (na taj način se opraštaju od osoba kojima poklanjaju stvari) ili će se pak početi upuštati u nepotrebne rizike (npr. konzumiranje alkohola i droga nakon kojeg slijedi upravljanje automobilom ili motorom) (Schleifer, 2008.).

Moguće je uočiti znakove depresije pri čemu ćemo vidjeti ponašanja poput toga da se mlada osoba prestaje brinuti o sebi (npr. ne održava osobnu higijenu), ima oscilacije u jedenju (ili prestaje jesti ili počinje prekomjerno jesti), počinje konzumirati droge i alkohol, sukobljava se sa svima iz svoje okoline te sve manje vremena provodi s obitelji prijateljima, zanemaruje posao i školu (Schleifer, 2008.).

Osim navedenih pokazatelja poziva u pomoć Poredoš Lavor, Jerković i Radišić (2011.) u svom radu citiraju Kocijan-Hercigonju te još navode i: „promjene ponašanja (npr. sklonost samoozljeđivanju kao rezanje, paljenje i sl.);“, „dogovaranje nedovršenih poslova;“, „poteškoće sa snom i spavanjem“, „gubitak zanimanja za uobičajene aktivnosti“ (Kocijan-Hercigonja, 1999. prema Poredoš Lavor, Jerković, Radišić, 2011.: 234).

Novak i Bašić (2008.) još navode kako znakovi suicidalnog ponašanja mogu biti i „potištenost“, „problemi koncentracije, zakazivanje u učenju, umor i bezvoljnost“. (Novak, Bašić, 2008.: 485).

Apel-fenomen ima svoja obilježja koja se najčešće ne prepoznaju kao poziv u pomoć, a ona se mogu razlikovati u svom prikazu ovisno o spolu, dobi, postojanju psihijatrijske dijagnoze itd. (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Mnogi autori se slažu s činjenicom da mnogi mladi daju dovoljno i razna upozorenja na to o čemu razmišljaju, a samim time ostavljaju i znatan prostor za intervenciju.

„Pokušaj samoubojstva kod adolescenata je zapravo „poziv u pomoć“ i u pravilu je to njihov pokušaj rješavanja problema“ (Vulama, 2010.: 221.).

8. PREVENCIJA SUICIDA

Poznavanje i prepoznavanje prvenstveno rizičnih čimbenika uvelike može pomoći u tome da se suicid predvidi i da pomoć ide u onom smjeru koji bi taj čin spriječio (Graovac, Prica, 2014.).

Čimbenici zaštite kod mlade osobe mogu odigrati značajnu ulogu u prevenciji, a mogu biti različiti poput otpornosti, karaktera osobe, stavova, društvene okoline, kulture itd. (Jugović, Lugović, 2012.), pri čemu ih adekvatni preventivni programi samo jačaju, te pružaju daljnju podršku (Bašić, Ferić, 2004. prema Novak, Bašić, 2008.). Kao najbolje mjesto za provođenje preventivnih programa koji će imati najbolji doseg i utjecaj na

mlade jest škola, poglavito zbog količine vremena kojeg provode u obrazovnom sustavu (Domitrovich, Baumbarger, 1999.; Kataoka i sur., 2003.; Bašić, 2008. prema Novak, Bašić, 2008.). U školama se provode univerzalni preventivni programi, pri čemu su uključeni svi, s čime se postiže destigmatizacija, odnosno odvajanje onih koji su u riziku (Noam, Herman, 2002. prema Novak, Bašić, 2008.).

Više autora u svojim radovima i knjigama (npr. Stanić, 1999., Lebedina-Manzoni, Maglica 2004.; Šakić, 2011.; Mindoljević Drakulić, 2013. itd.) opisuju tri razine prevencije: primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju.

Primarna prevencija je fokusirana na društvo pri čemu se želi podići svijest u društvu o fenomenu suicida, učenje o pokazateljima s naglaskom na depresiju i širenje informacija o tome gdje se pomoć pruža. Mlade osobe se osposobljavaju na način da znaju nagovoriti vršnjake da zatraže pomoć, razvijaju se njihove komunikacijske i socijalne vještine, te nošenje sa problemima. Cilj ove razine prevencije je prvenstveno demitologizirati i destigmatizirati fenomen suicida, pa se tako npr. provode kampanje u kojima se otvoreno govori o suicidu kao reakciji na prekomjerni stres ili kampanje u kojima se ističe opasnost držanja oružja u kući, a koja su na dohvat djece (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.), drže se edukacije o kontroli korištenja pesticida, o konzumaciji alkohola, promovira se zdrav način života i škole sa stavom „nulte tolerancije na nasilje“, uspostavljanje posebnih telefonskih linija za pomoć itd. Provođenje primarne prevencije uključuje rad različitih struka: psihijataru, psihologa, kriminologa, teologa, pedagoga, sociologa (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Sekundarna prevencija cilja osobe koje su suicidalno ugrožene. Centri za krizne intervencije otvoreni su diljem svijeta, rade 24h na dan i u njima su zaposleni posebno osposobljeni djelatnici koji su na dispoziciji za momentalno pružanje psihosocijalne pomoći (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.). Osim Centara, pomoć se pruža i u zdravstvenim, psihijatrijskim ustanova i savjetodavnim službama, a uključuje dijagnostiku, intervju, testiranja, korištenje psihometrijskih skala itd. (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Tercijarna prevencija je rad, odnosno liječenje i rehabilitacija osoba koje su pokušale počinuti suicid (Lebedina-Manzoni, Maglica, 2004.). Osobe koje su pokušale suicid se stavlja pod stručni nadzor kako bi se spriječili eventualni ponovni pokušaji, radi se na poboljšanju psihičkog stanja, pokušavaju se ukloniti uzroci uz pomoć psihoterapije i farmakoterapije. U pojedinim zemljama, tercijarna prevencija, uključuje i rad s okolinom, odnosno rad s obitelji, potporu liječnicima, odnosno psihološku obdukciju (temeljito intervjuiranje članova obitelji, prijatelja, zdravstvenih i dr. radnika). Psihološka obdukcija kao metoda pomoći pomaže preživjelima da se mogu lakše nositi s krivnjom i stresom, smanjuje stigmatiziranost, usamljenost i socijalnu izolaciju, a u odnosu na obitelj pomaže u razumijevanju osjećaja u fazi tugovanja. Nažalost, ova metoda može imati i negativan učinak tako što može potaknuti depresiju, produbljivanje osjećaja tuge, stvaranje jačih obrambenih mehanizama (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Šakić (2011.) navodi kako je preventivne programe moguće razviti na globalnoj, nacionalnoj i lokalnoj razini. Međunarodno udruženje za prevenciju samoubojstva u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, od 2003. godine, obilježava svjetski dan prevencije suicida. Cilj je podignuti svijest o prevenciji suicida na globalnoj razini, zauzimanje za poboljšanje liječenja osoba koje su pokušale suicid i odgovorno medijsko izvještavanje. Za programe na nacionalnoj razini navedena je kategorizacija primarnih, sekundarnih i tercijarnih programa koja je spomenuta već ranije. I konačno, lokalna razina je razina gdje se može najefikasnije djelovati, a da bi program prevencije bio što uspješniji važno je da se uključe svi – od javnosti, do stručnjaka, različitih organizacija i udruga, pa sve do osoba koje su izgubili bližnje zbog počinjenog suicida (Šakić, 2011.).

Na globalnoj razini, možda najveći utjecaj ima Svjetska zdravstvena organizacija koja daje upute, ali i razvija programe koji se tiču prevencije suicida (npr. projekt SUPRE – *Suicide Prevention* u kojem je strategija medijskog izvještavanja o suicidu) (Mindoljević Drakulić, 2013.). Kao dobar primjer djelovanja na nacionalnoj razini navodi se SAD koji zagovara prevenciju koja rezultira boljim zdravljem i ekonomskom dobrobiti pojedinca, povećanjem socijalne uključenosti, smanjenjem

rizika za najugroženije i, u konačnici, smanjenjem zdravstvenih troškova (Cowen, Durlak, 2000. prema Novak, Bašić, 2008.).

Može se reći da je do poboljšanja prevencije došlo i na teorijskoj razini, internacionalnoj razini i praktičnoj razini (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Teorijska razina obuhvaća novo i bolje definiranje suicidalnog ponašanja koje se temelji na biologijskim, okolinskim, psihološkim i kulturalnim faktorima. Razvijena je i nova disciplina – biologijska suicidologija koja se temelji na neuroznanstvenim istraživanjima, a koja utvrđuje da je samodestruktivno ponašanje različito od zemlje do zemlje i od kulture do kulture zbog čega je potrebno uspostaviti nadzor takvog ponašanja. Biologijska suicidologija postiže značajan napredak u poljima istraživanja koje se odnose na otkrivanje skrivenih slučajeva, rizičnih faktora i grupa, tugovanje nakon suicida (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Internacionalna razina prepoznaje suicid kao glavni javnozdravstveni problem u svijetu uz poticanje razvijanja preventivskih strategija kojima će se destigmatizirati suicid (Mindoljević Drakulić, 2013.).

Praktična razina označava implementaciju zaključaka istraživanja u praksi, odnosno u psihosocijalne tretmane, no suicidolozi smatraju kako je puno više postignuto na teorijskoj razini nego na praktičnoj opravdavajući takav stav s činjenicom da još uvijek nema dovoljno rješenja u prevenciji suicida (Mindoljević Drakulić, 2013.). Iz tog razloga, a radi daljnjeg poboljšanja, istraživači predlažu globalne preventivske zadatke:

- *implementirati konkretna i učinkovita znanja u prevenciji suicida (standardizirati nomenklaturu/klasifikaciju suicidalnog ponašanja),*
- *razvijati inovativne studije koje će dati vrijedne kvantitativne i kvalitativne podatke u internacionalnom okružju,*
- *standardizirati različite mjerne instrumente i protokole kojima se procjenjuje suicidalni rizik,*

- *poboljšati predikciju suicidalnog rizika (tj. dati odgovor na pitanje: tko će se tako ponašati i kada),*
- *teorijska znanja o karakteristikama suicidalnog rizika interponirati u različite programe, primjerice u različite psihoterapijske intervencije, u neuroznanstvena istraživanja i sl.,*
- *obogatiti specifične psihoterapijske intervencije novim psihoterapijskim tehnikama i metodama za suicidalne osobe (posebice za osobe kojima treba brza intervencija i koje su na odjelima za krizna stanja),*
- *različitim tipovima suicidanata dati specifičan tretman,*
- *implementirati potrebne uniformne procedure u prevenciju suicida na nacionalnoj i internacionalnoj razini,*
- *mobilizirati političke strukture koje će se pridonositi prioritetnosti problema suicida,*
- *razvijati sustave prevencije globalno, i to ne samo u zemljama zapadne kulture nego i u siromašnijim, nezapadnim zemljama svijeta,*
- *osnovati svjetsku zakladu za istraživanje u suicidologiji,*
- *postići znatno smanjenje stope suicida u svijetu,*
- *razvijati daljnje efikasnije psihoterapijske i farmakoterapijske metode u prevenciji suicida,*
- *jačati mrežu neprofesionalaca (volontera) pomagača koji i inače sve više pridonose efikasnijoj prevenciji suicida,*
- *održavati kontinuitet pomaganja suicidalnima te*
- *razvijati intervencijske strategije i načine pomoći suicidalnim osobama koje ne traže pomoć konvencionalnim metodama (O'Connor, Platt, Gordon, 2011. prema Mindoljević Drakulić, 2013.: 151).*

Hudolin (prema Stanić, 1999.) navodi kako prevenciju suicida treba usmjeriti u dva moguća smjera i to u smjeru osiguranja osoba kod kojih postoji rizik od suicida i u smjeru praćenja kretanja broja suicida u zemlji. Drugim riječima, važno je mlade ljude učiti i osposobljavati za samozaštitu, samosvladavanje i samopomoć, ali i za pomoć drugima, te im usaditi osjećaj odgovornosti. Preventivne mjere potrebno je provoditi u sklopu odgoja, osiguranja bolje kvalitete i uvjeta života, davanja pozitivnih primjera

i kvalitetnih modela za oponašanje. Dakle, racionalnije je mladu osobu kvalitetno graditi i podržavati ispočetka nego, ako već pokaže suicidalne namjere, staviti ju pod nadzor i čuvati ju. Čak i u toj situaciji kada se utvrdi povećan rizik kod osobe, potrebno ju je osposobljavati za kvalitetniji život (Stanić, 1999.).

9. ZAKLJUČAK

I na kraju, možemo li dati odgovor na pitanje koje je postavljano na početku rada – što je to što mlade dovodi do suicida? Jednoznačan odgovor definitivno ne. Ne postoje dvije iste osobe, pa tako i u ovom slučaju, ne postoje ni dva, a kamoli više istih slučajeva. Dobili smo uvid u to da postoje razni rizični čimbenici, razni uzroci, odnosno motivi, razne reakcije, tumačenja, objašnjenja. Svaka mlada osoba je individua za sebe, i svakoj je potrebno pristupiti na poseban, individualan način, a onda slijedi odgovor na postavljeno pitanje, ali će on za svaku mladu osobu biti drugačiji.

Kada govorimo o okolini, na društvenoj razini potrebno je smanjiti postojeći tabu oko teme suicida i zabluda, odnosno mitova koji postoje, te povećati socijalnu uključenost mladih. Edukacija je ključ – povećanje razine razumijevanja problema, prepoznavanja znakova, alarmiranja stručnjaka i traženje pomoći na vrijeme, eliminiranje osuđivanja kao jednog od odgovora okoline na počinjen ili pokušaj suicida.

Bellanger, Jourdain, Batt-Moillo (2007., prema Novak, Bašić, 2008.) ističu kako se mnoge zemlje s problemom i prevencijom suicida bore na način da su uključile edukaciju o prevenciji suicida djece i mladih u zakonodavstvo, pri čemu se posebno educiraju roditelji, učitelji i ostalo nastavno osoblje.

Gorući problem medija i njihova izvještavanja o suicidima mladih (ali i općenito) je potrebno promijeniti iz temelja. Budući da danas mediji imaju vrlo veliku ulogu u životu, da živimo u digitalnom dobu, bilo bi društveno korisno da se ta negativnost i senzacionalizam pretvore u pozitivno djelovanje u vidu prevencije i davanja korisnih informacija. Ukoliko je baš potrebno i nužno izvještavati o suicidima, potrebno je toj

temi pristupiti uz visoke standarde etike i poštovanja, orijentirati se na davanje nužnih informacija i na poticanje i isticanje koliko je važno pružiti pomoć, ali i tražiti pomoć.

Konstantno daljnje istraživanje i proučavanje fenomena je nužno. Istraživanja nam pomažu u daljnjim razumijevanjima i specifičnostima suicida mladih. Stanić (1999.: 122) ističe kako se prilikom istraživanja treba uzeti u obzir cijeli spektar: *cjelovita ličnost suicidenta – kao nedjeljiva biološko-psihološko-socijalna jedinka s posebnim usmjerenjem i naglaskom na psihodinamičke odnose u svojoj životnoj sredini, školskom ambijentu, socijalnom ozračju, te druge relevantne okolnosti i čimbenike koji izvire iz same ličnosti i u interakciji s okolinskim čimbenicima manje ili više potiču na samoubojstvo*. Problem koji se tu može pojaviti, a koji temelj ima u kulturi i religiji pojedinih zemalja, je da se neke brojke, uzroci i samo istraživanje fenomena neće moći u potpunosti otkriti, budući se suicid mladih i dalje sakriva, te se prikazuje kao smrt koja ima negdje drugdje uzrok (Wasserman, Cheng, Jiang, 2005.). „Guranjem problema pod tepih“, nažalost, rezultira sve većim brojem suicida mladih, bez mogućnosti da im se pomogne i pruži pomoć i podrška onda kada im je ona najpotrebnija.

Stvaranje pozitivnih uvjeta koji dovode do povećanja razine sposobnosti lakšeg suočavanja s emocionalnim problemima i samopouzdanja kod mladih, te dostupnost sustava podrške mogu značajno umanjiti rizik od suicida (NSCH, 2011. prema Jugović, Luković, 2012.). Osim toga, Svjetska zdravstvena organizacija (2011., prema Jugović, Luković, 2012.), naglašava da suvremeni oblici prevencije trebaju biti multidimenzionalni pristupi koji će uključivati zdravstveni, obrazovni, policijski, pravosudni, religijski, pravni, politički i medijski sektor. Zdravo obiteljsko okruženje, ispunjeno ljubavlju i podrškom, uz konstantno bavljenje djecom, jača mladu osobu koja se onda i lakše nosi s potencijalnim problemima (Stanić, 1999.).

Popis slika

1. Slika 4.1.: *Samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama*, str. 8
2. Slika 4.2.: *Dobno-specifične stope smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj 1985., 1990., 1995., 2000., 2005., 2010., 2020. i 2021. godine*, str. 8

LITERATURA

1. Burić, J. (2008). Medijsko izvješćivanje o suicidu maloljetnika. *MediAnali – međunarodni znanstveni časopis za pitanja medija, novinarstvo, masovnog komuniciranja i odnosa s javnostima*, 2(4), 209-214.
2. Diekstra, R. F. W. (1996). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Archives of Suicide Research*, 2(1), 1-29.
3. Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Belfer, M., Beautrais, A. (2005). Completed Suicide and Psychiatric diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *Am J Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
4. Gould, M., Jamieson, P., Romer, D. (2003). Media Contagion and Suicide Among the Young. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1269-1284.
5. Graovac, M., Prica, V. (2014). Rizični čimbenici kod samoubojstva adolescenata. *Medicina Fluminensis*, 50(1), 74-79.
6. Hawton, K. i sur. (1998). Relation Between Attempted Suicide and Suicide Rates Among Young People in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(3), 191-194.
7. Hawton, K., Fagg, J., Platt, S., Hawkins, M. (1993). Factors Associated with Suicide after Parasuicide in Young People. *British Medical Journal*, 306(6893), 1641-1644.
8. Hoberman, H. M., Garfinkel, B. D. (1988). Completed Suicide in Youth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33(6), 494-504.
9. Houston, K., Hawton, K., Shepperd, R. (2001). Suicide in Young People Aged 15-24: A Psychological Autopsy Study. *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 159-170.
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2023). *Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2022* [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda

za javno zdravstvo: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2022/>.

11. Jugović, A., Luković, M. (2012). Karakteristike samoubistava mladih. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 11(1), 169-177.
12. Kozarić-Kovačić, D., Grubišić-Ilić, M., Grubišić, F., Kovačić, Z. (2002). Epidemiološki indikatori suicida u Republici Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 11(57), 155-170.
13. Lebedina-Manzoni, M., Maglica, T. (2004). Suicid adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40(1), 139-148.
14. Mandarić, V. (2012). Novi mediji i rizično ponašanje djece i mladih. *Bogoslovska smotra*, 82(1), 131-149.
15. Mindoljević Drakulić, A. (2013). *Suicid: fenomenologija i psihodinamika*. Zagreb: Medicinska naklada.
16. Novak, M., Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 473-498.
17. Poredoš Lavor, D., Jerković, S., Radišić, N. (2011). Samoubojstva u suvremenom društvu. *Policija i sigurnost*, 20(2), 230-235.
18. Prološčić, J. i sur. (2013). Intenzivna psihijatrijska skrb – hitna stanja u psihijatriji. *Medicina Fluminensis*, 49(4), 463-467.
19. Schleifer, J. (2008). *Sve što trebate znati o tinejdžerskim samoubojstvima*. Zagreb: Slovo.
20. Sičić, M., Mužinić, L. (2008). Faktori rizika kod pojave samoozljeđivanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(1), 49-68.
21. Stanić, I. (1999). *Samoubojstvo mladih – velika zagonetka*. Zagreb: Medicinska naklada.
22. Subotić, S., Brajša-Žganec, A., Merkaš, M. (2008). Školski stres i neka obilježja ličnosti kao prediktori suicidalnosti adolescenata. *Psihologijske teme*, 17(1), 111-131.
23. Šakić, M. (2011). Samoubojstvo kao društveni problem: rasprava iz sociološke perspektive. *Amalgam*, 5, 67-81.

24. Vulama, G. (2010). Kriminalističko istraživanje samoubojstva s aspekta kaznenih djela: sudjelovanje u samoubojstvu i usmrćenje na zahtjev. *Policija i sigurnost*, 19(2), 217-233.
25. Wasserman, D., Cheng, Q., Jiang, G. (2005). Global Suicide Rates Among Young People Aged 15-19. *World Psychiatry*, 4(2), 114-120.