

**ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА
УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ**

САМОУБИСТВО У РАЗЛИЧИТИМ ОБЛИЦИМА ДРУШТВЕНИХ КРИЗА

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

КАНДИДАТ
ТАТЈАНА ДРАГИШИЋ

МЕНТОР
ПРОФ. ДР МИРЈАНА ЈОВАНОВИЋ

САДРЖАЈ

| | |
|---|------------|
| 1. УВОД..... | 3 |
| 1.1. ОСНОВЕ РАЗУМЕВАЊА СУИЦИДАЛНОГ ПОНАШАЊА | 9 |
| 1.1.1. Проблем дефинисања самоубиства..... | 9 |
| 1.1.2. Суицидално понашање..... | 14 |
| 1.1.3. Друштвена реакција на самоубиство..... | 21 |
| 1.2. ПРЕДИСТОРИЈА ФОРМИРАЊА НАУЧНОГ ПРИСТУПА САМОУБИСТВУ..... | 22 |
| 1.2.1. Неке значајне теорије схватања самоубиства..... | 27 |
| 1.3. ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И СТАТИСТИКА..... | 30 |
| 1.4. НЕУРОБИОЛОГИЈА И ГЕНЕТИКА..... | 37 |
| 1.5. ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТИ..... | 40 |
| 1.5.1. Модел „крик бола“..... | 43 |
| 1.5.1.1. Импулсивност..... | 45 |
| 1.5.1.2. Дихотомно мишљење, когнитивна ригидност и вештина решавања проблема..... | 46 |
| 1.5.1.3. Аутобиографска меморија..... | 47 |
| 1.5.1.4. Безданежност | 48 |
| 1.5.2. Психо-социјална обележја суицида..... | 49 |
| 1.6. СОЦИОЛОШКИ ПРИСТУП..... | 51 |
| 1.7. ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПОРЕМЕЋАЛИ И САМОУБИСТВО..... | 56 |
| 1.8. ТЕЛЕСНЕ БОЛЕСТИ И САМОУБИСТВО..... | 61 |
| 1.9. СТРЕС, ПОРЕМЕЋАЛИ ПРИЛАГОЂАВАЊА И САМОУБИСТВО..... | 64 |
| 1.10. ПРОМЕНЕ У ДРУШТВУ И САМОУБИСТВО..... | 66 |
| 1.11. РАТ И ЕКОНОМСКА КРИЗА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ..... | 73 |
| 1.12. ПРЕДИКЦИЈА И ПРЕВЕНЦИЈА САМОУБИСТВА..... | 78 |
| 2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ..... | 87 |
| 2.1. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА..... | 87 |
| 2.2. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА..... | 87 |
| 3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ РАДА..... | 89 |
| 3.1. ВРСТА СТУДИЈЕ..... | 89 |
| 3.2. ПОПУЛАЦИЈА КОЈА СЕ ИСТРАЖИВАЛА | 89 |
| 3.3. УЗОРАК | 90 |
| 3.4. ИСТРАЖИВАЊЕ..... | 90 |
| 3.5. УПИТНИК ЗА ПСИХОЛОШКУ АУТОПСИЈУ | 91 |
| 3.6. ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ МЕРЕ..... | 92 |
| 3.7. СНАГА СТУДИЈЕ | 95 |
| 3.8. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА | 95 |
| 4. РЕЗУЛТАТИ | 96 |
| 4.1. СТРУКТУРА УЗОРКА..... | 96 |
| 4.2. КАРАКТЕРИСТИКЕ ГРУПЕ У ОДНОСУ НА ПСИХОЛОШКЕ И ПСИХОПАТОЛОШКЕ ПОДАТКЕ | 115 |
| 4.3. ПОДАЦИ О СУИЦИДАЛНОМ ПОНАШАЊУ | 121 |
| 4.4. ФАКТОРСКА АНАЛИЗА | 127 |
| 5. ДИСКУСИЈА | 140 |
| 6. ЗАКЉУЧАК | 195 |
| 7. ЛИТЕРАТУРА | 198 |
| 8. ПРИЛОГ | 225 |

1. УВОД

„Ми, пре свега, морамо да живимо, затим да сазнајемо живот и, на крају, да поправљамо живот.

Одржање живота јесте, наравно, најосновније, најнасушније и најнепобитније.

Јер, ако нема живота, онда нема ни ко, ни шта, да сазнаје и поправља.“

Владимир Соловјов, „Духовне основе живота“

„Постоји само један озбиљан филозофски проблем и то је самоубиство.“

Албер Ками, „Мит о Сизифу“

Суицидологија, научна дисциплина која проучава човеково аутодеструктивно понашање, има дугу прошлост и релативно кратку историју.

Термин *суицидологија*, за научна истраживања у овој области, колико је познато, први је употребио холандски професор В. А. Богнер 1929. године. У општу употребу ушао је на првом састанку Америчког суицидолошког удружења 1968. (1)

Интерес за суицидолошка истраживања стално се увећава; за илустрацију, још давне 1976, како наводи Фарбероу, публиковано је 308 чланака и седам књига са овом тематиком, да би Нордстром, 1995, нашао преко 3000 референци о самоубиству, само из

социолошког угла, објављене од 1981. до 1993, према подацима које даје *Social Sciences Index*. Као што ће се видети у наставку текста, бројни истраживачи су дали значајан допринос пручавању човековог аутодеструктивног понашања. Истини за вољу, у тим истраживањима могу се наћи несагласности, неретко потпуно супротстављени ставови, па и неодрживе крајности. Ово не би требало да делује обесхрабрујуће, напротив, дефинисање синтеза и успостављање систематизација у смислу неке коначно општеприхваћене позиције свакако би спречавало даље напредовање. Уосталом, историја је пуна примера где су различите струје мишљења након кодификације губиле првобитну животност и замирале, угушене у оквирима коначно дефинисаног система. (2)

Упадљиво је да већина радова о самоубиству, дајући преглед историјата ове појаве, почињући обично од антике, тежиште има на спољашњем виду ствари, бавећи се нарочито ставовима *pro et contra*, не разјашњавајући притом узрочност, развој и смисао суицидалног понашања, тако разноликог. Осврт на историјски контекст ипак је потребан у циљу сагледавања једне појаве, у овом случају суицида, из различитих углова друштвених епоха. На тај начин комплетирамо слику о суициду, што омогућује да боље схватимо и стручније помогнемо.

Кроз људску историју суицид је схватан и прихватаан на различите начине, у зависности од епоха, људских група, култура и религија. У давним временима, примат је припадао религији. Религија је утицала на човеков систем вредности, на човеково схватање света. Ако религија утиче на наше ставове, она утиче и на наш однос према суициду. Разне вере различито се опходе према овом чину. Према томе, религија је један од могућих суицидалних фактора – може да подстакне или да спречи човека у извршењу овог чина. (3, 4)

Томас Масарик је мишљења да је суицид последица религиозног опадања, слабљења хришћанства. (6) Без религије, без вере, настаје општи нихилизам, а једино оружје против нихилизма је религија. Диркем каже да се самоубиство јавља тамо где су друштвени односи поремећени: сматра да број самоубистава расте онда када опада друштвена интегрисаност.

Учесталост суицида расте и онда када црква није довољно интегрисана у друштво. Опадање породичне, политичке па, према томе, и религиозне интеграције повлачи за собом раст учесталости суицида. Религија може имати заштитну функцију у односу на самоубиство. Поједине религије делују интегративније од других. Зависно од тога колико поједине религије утичу на свакодневни живот, колико су интегрисане у човеков живот, имају већу или мању заштитну функцију од суицида.

У праисторијском периоду, самоубиство је било чин којим је појединац помагао групи да преживи, тј. да сачува храну.

У античком добу, Аристотел је говорио: *“Самоубиством се не чини добро, него бежи од зла”*. Платон релативизује осуду самоубиства, али и упозорава: *“...Људи су део божјег блага”* и истиче: *“... да је смрт добра, било да је то стање без осећаја слично сну, било да представља неку сеобу и сусрет са умрлим великанима.”* Платон је самоубиство осуђивао, називајући га срамотним чином, и предложио је да починиоци самоубиства морају бити сахрањени у неозначеним гробовима. У грчкој митологији, Егеј се, видевши да на броду његовог сина Тезеја нема беле заставе, коју је обећао истакнути уколико Минотаур буде поражен, бацио у море, које и данас носи његово име. У грчким полисима, као и у Риму, била је позната институција принудног самоубиства, као вид смртне казне. На такво самоубиство био је нпр. осуђен Сократ. Спартанци, на челу са неустрашивим Леонидом, код Термопила, добровољно су изабрали смрт, умирући од стрела, један по један. Ханибал Барка, велики војсковођа и политичар, одабрао је смрт самоубиством радије него понижавајућу предају Римљанима, након што се у 9. години, пред оцем Хамилкаром, заклео на рат. Далеко од родне Картагине, прогнан и сам, окружен Римљанима, сипао је у чашу отров, који је носио у прстену још од битке код Кане.

У старом Риму је чин суицида сматран храброшћу. Постоји уверење да су Римљани поштовали право човека да одузме себи живот, и зато је у то време било доста самоубистава. И поред тога што је био против самоубиства, Цицерон је изразио дивљење што је Катон Млађи радије одлучио да себи одузме живот, него да живи под Цезаровом диктатуром. Лукреција, римска племкиња, коју је силовао син последњег римског цара, по имену Сектус, након молбе да казне починиоца, коју је упутила својој породици, убила је себе.

У Јапану је суицид био поносни начин умирања за витешки ред. Суицид се кроз историју среће и као верски обред, нпр. самоубиство жене на спроводу свог супруга (Аљаска, Мадагаскар). (7)

Став о суициду у ранијој антици био је негативан, да би прешао у одобравање и прихватање, на пример код стоика, који су суицид сматрали највишим изразом људске слободе. Стоици допуштају самоубиство као рационални растанак са животом, на пример, из патриотских разлога или због неизлечиве болести. Тако се патриотским разлозима тумачи самоубиство следбеника стоичке филозофије Катона Млађег, након пораза у бици код Тапса, које се често назива и симболичким крајем тираније Римске републике. Свети Августин је самоубиство изједначавао са убиством. (8)

Нека племена (Гали, Трачани) веровала су у загробни живот, па су сматрали да је света дужност старих и болесних лица суицид. Такође, и припадници племена Скита су сматрали највећом почашћу одузимање сопственог живота оних лица која су сувише стара и неспособна за обављање номадских дужности.

У средњем веку, у владавини хришћанства, суицид је забрањен 563. године. Самоубице се сахрањују без верских обреда, често се сахрањују ван гробља. Санкцијама, не само религијским него и правним, била је изложена и породица онога ко је извршио суицид. (9)

У доба хуманизма, развија се либералан однос према суициду. Сматра се да је самоуништење слободан избор, слободна воља сваког појединца. Сваки појединац има слободу да располаже сопственим животом и ово право не може да му одузме ни црква ни држава.

Овакав став према суициду одржан је све до 19. века, када се интересовање окреће истраживању узрока овог феномена јер нагло расте број самоубистава. У 19. веку одигравају се нагле промене које су пореметиле друштвену интегрисаност; наступа урбанизација и индустријализација, која је имала разноврсне последице. Једна од последица је пораст учесталости суицида. Појаве као што су проституција, убиства, алкохолизам, суицид сматране су моралним проблемима тадашњег друштва. Сматрано је да су ове појаве показатељи моралног стања друштва.

Не постоји ниједна хришћанска црква која има позитиван став према суициду. Хришћанске цркве сматрају да самоубице нису испуниле своју основну дужност коју им је Бог доделио: суицид је противбожни чин. (10, 11) У хришћанству, онај ко се убија признаје да је противник божјих намисли и лишава себе божје милости. Бог је једини господар над смрћу. Убити се значи присвојити свевременост која не припада људском бићу него Господу.

Јужни Словени, као и већина народа у њиховом окружењу, примили су хришћанство пре више од две хиљаде година. Током низа генерација, хришћански став бива дубоко уткан у колективно свесно, па и индивидуално, фамилијарно и колективно несвесно. Све оне промене које су биле супротстављене овако дубоко усађеним веровањима народа имају само ефемерну трајност и, како пише Гистав ле Бон, „скренута река опет узима свој ток“.

Расправа о овој појави траје и данас. По том основу, настала је и посебна наука, суицидологија, која има своје тумачење.

Да би се проценила вредност и досег једног научног приступа, неопходно је детаљно сагледавање како његових извора, тако и каснијег развоја и резултата евалуације његових постигнућа. Последњих деценија развија се значајна интердисциплинарна сарадња и интеграција сазнања природних, друштвених и духовних наука на овом пољу.

Почетни интерес за појаву самоубиства показала је понајвише психијатрија, где је у првим убеницима самоубиство третирано као симптом менталног обољења. Комплексност проблема самоубиства преусмерила је и саму науку, тако да је проблем самоубиства постао озбиљан друштвени проблем те је због тога предмет проучавања више научних дисциплина, попут социологије, филозофије, антропологије, психологије, психијатрије, итд. (12, 13, 14)

Савремени психијатријски приступ суицидалном понашању нужно обухвата биолошку, психичку и социјалну димензију људске егзистенције. Концептуални модели у психијатрији, у покушају њихове синтезе, уобличивају се у систем конзистентних експланација које дају, у већој или мањој мери, комплексну слику стварности, обухватајући ове три димензије. Психијатри, према садашњем моделу едукације, највише

уознају биолошку димензију проблема, мање психичку, а врло мало социјалну. Тако долазимо до успостављања доминантне улоге модела болести у савременој психијатрији. (15–18).

Крајем 19. века појавила су се прва озбиљнија истраживања феномена самоубиства у оквиру социолошких студија. Диркем, најпознатији социолошки теоретичар самоубиства, поставио је теорију која је и данас актуелна, а према којој је феномен самоубиства резултат поремећене социјалне равнотеже и нарушених односа између појединца и социјалних институција. Диркем у своме делу “Самоубиство” ставља нагласак на тзв. друштвеног човека, измишљено биће у коме влада колективна свест, и да није само метафора ако кажемо да у сваком људском друштву постоје веће или мање склоности самоубиству, што је оправдано природом друштва. Према, Диркему, свака друштвена заједница има истински одређену и за њу карактеристичну дозу колективне склоности према чину самоубиства, јер је то извор свих индивидуалних склоности. Ипак, потребно је разграничити да колективна склоност самоубиству није последица индивидуалних диспозиција.

На нашим просторима, појам самоубиства (суицида) први пут се појављује 1642. године, док је оснивач југословенске науке о суициду Милован Миловановић (српски теоретичар државе и права, 1863–1912), који је науци подарио једну од дефиниција суицида: „то је свесно и намерно уништење сопственог живота”. (19)

Најутицајнији етиолошки модел у тумачењу суицида јесте концепт фактора ризика и заштите. Овај модел полази од уважавања и синтезе различитих приступа: биолошког, психолошког, социолошког, религијског, психијатријског и основ је савремене етиологије у суицидологији. Фактори ризика су чиниоци који повећавају вероватноћу суицида. Фактори заштите јесу кључни са аспекта превенције самоубиства јер смањују вероватноћу да се самоубиство догоди тако што повећавају индивидуалну отпорност у односу на факторе ризика.

У складу са тематиком овог рада, тежиште истраживања биће и на социјалној димензији људске егзистенције, и то како у психо-социјалном (веза са микросоцијалном средином), тако и у социокултурном (веза са макросоцијалном средином) контексту.

1.1. ОСНОВЕ РАЗУМЕВАЊА СУИЦИДАЛНОГ ПОНАШАЊА

1.1.1. Проблем дефинисања самоубиства

Реч самоубиство или суицид води порекло од латинског *sui*, себе, и *caedere*, сећи, убити. У литератури реч *suicidium* први пут спомиње сер Т. Браун у књизи „*Religia medici*“ 1642, а Дефонтен то чини 1737. године. Класично се дефинише као чин којим човек сам себи одузима живот. (20)

То што самоубиство постоји откад и људски род, што је широко распрострањена и свим народима и културама позната појава, дуго и пажљиво изучавана, није резултовало општеприхваћеном појмовном дефиницијом. Диркем је у својој чувеној социолошкој студији о самоубиству навео следеће: „Самоубиством називамо сваку смрт која је непосредно или посредно изазвана позитивним или негативним чином саме жртве, која је знала да ће тај поступак имати ту последицу.“

Суицид представља резултат неуспеха и решавања животних проблема и ситуације апсолутног безнађа и одсуства перспективе, каткад је то резултат билансне кризе, или, нешто ређе, чин који је корелисан са психотичним поремећајем или немогућношћу превазилажења настале ситуације. (21)

Овај облик социјалне патологије представља аутодеструктивно понашање са смртним исходом, које је повезано са идејом о смрти, са свесном намером да се себи одузме живот и последицама учињеног чина. (22)

Акт суицида је веома сложен и контроверзан феномен екстремног аутоагресивног реаговања личности, с психопатолошким обележјем. (23)

Самоубиство се најчешће одређује као активни или пасивни аутодеструктивни чин у којем човек свесно и намерно одузима себи живот. Самоубиства показују да деструктивност има два лица: оно се окреће ка споља, али и ка унутра. Аутодеструктивност и јесте део шире схваћеног друштвеног насиља. Када се самоубиство

посматра као акт појединца, онда се може рећи да оно има свој специфичан процес (ток), психо-социјалне карактеристике, факторе ризика и индивидуалне поводе.

На први поглед свако самоубиство изгледа као дубоко лични чин. Међутим, самоубиство је атак човека и на себе, али исто толико и атак на друштво које човек доживљава као стварност отуђену од својих жеља, могућности и потреба. Уништавајући свој живот, самоубица доводи у питање темељну вредност друштва – људски живот: то ову појаву чини друштвеном девијацијом. Самоубиство је и социјални проблем због масовности, али и због узрока и последица који имају дубоко социјално значење. У егзистенцијалистичком смислу, самоубиство отвара питања апсурда живота, људске слободе, суочавања човека са смисленошћу сопственог живота, храбрости или кукавичлука, мржње или љубави, унутрашње немоћи или личне моћи, “болесног” друштва или “болесног” човека, доминације разума или ирационалности у човеку, итд. (28–30)

Поред ове, најчешће коришћене дефиниције, постоји и велики број других, које самоубиство дефинишу као:

- усамљеничко и очајничко решење за трпљење које за једну особу изгледа као ситуација која нема алтернативу (24);
- облик поремећене комуникације у тренуцима тешких животних криза или, метафорички речено, као интрапсихичку драму на интерперсоналној позорници, или понашање које се креће између нормалног и патолошког (25, 26, 27).

Већина дефиниција других аутора представља варијације наведеног, без суштинског појашњења и јаснијег ограничења ове појаве: “Самоубиство је смрт услед повређивања, тровања или угушења, при чему постоји експлицитни или имплицитни доказ да је то учињено личном актом, и да је особа намеравала да се убије.” (29, 30)

За правну науку је самоубиство „намерно одузимање (сопственог) живота у урачунљивом стању“. (17)

Проблематичност оваквог дефинисања самоубиства очигледна је, и потиче бар из два разлога:

- прво, што није одређено да ли у овај оквир спадају и случајеви где ипак не дође до смртног исхода и поред извршеног чина са намером уништења сопственог живота, и
- друго, питање свесности самоубилачког поступка као *conditio sine qua non*, каже Милчински. (31)

Ако је савремена суицидологија проблем исхода суицидалног акта, изгледа, успешно превазишла раздвајањем појмова извршено (*completed*) и покушано (*attempted*) самоубиство, уз констатацију да су у питању две по форми сличне али суштински различите појаве, питање утемељености самоубилачког акта у свести извршиоца и даље је отворено. (31–35)

Док неки аутори сматрају да је самоубиство аутодеструктивно понашање са смртним исходом, које је повезано са идејом о смрти, са свесном намером – жељом да се умре, са свешћу о последицама (36), и ако је тако, одсуство пуне свести при том *de facto* своди самоубилачки чин на пуки задес, други (ре)афирмишу несвесну мотивацију човекових поступака, у суицидологији посебно, наводећи да се она мора уважити бар исто, ако не и више од свесне. (36–39)

Аутор овог рада сложио би се са ставом Милчинског (31): „Пут до одлуке о самоубиству никако није логично евидентан, јер се игра мотива већином одвија изван свести.“

Осим појма суицида, у суицидологији се срећу и дефинишу и други појмови:

Лажно самоубиство

Лажно самоубиство је смрт која наоко личи на самоубиство али јој недостаје свесност (деца, душевни болесници, болесници у делиријуму)

Покушај самоубиства (лат. tentamen suicidi)

Сваки чин код кога је постојала свесност и намера о уништењу властитог живота, али због лошег избора начина и средства није наступила смрт иако је починилац то желео,

назива се покушај самоубиства. Ако при покушају самоубиства настану компликације након којих наступа смрт, које су у узрочној вези с извршеним чином, говори се о самоубиству.

„Покушај самоубиства је многоструко детерминисан и својеврстан, можда последњи 'позив за помоћ', крик, 'апел у функцији аларма', очајнички дијалог са околином од које на симболичан начин угрожена особа тражи помоћ“. (40–46)

Инсценирани покушај самоубиства

Чин у коме починилац симулира покушај самоубиства, али не жели да умре, јесте инсценирани покушај самоубиства. Ако се смрт у том чину деси, она је последица несретног случаја.

Самоубиство се, према свему наведеном и бројним другим поставкама које се уклапају у изнесено, може схватити као бунт против живота, одбијање да се живи у њему. Самоубиство се тешко разуме јер се супротставља нагону за опстанак. Један од основних нагона сваког бића је борба за живот. За самоубицу смрт се јавља као једино решење за проблеме, као бег из живота. Управо овакав став отвара многа питања: Зар то није само кукавички чин са циљем да се побегне од патње која нас прати у свакодневном животу? Да ли је самоубица злочинац или жртва? Зар се иза самоубилачког чина не скрива не жеља за смрћу него жеља за бољим животом, за другим обликом живота, жеља за владањем над животом и смрти?

Констатацију са почетка овог текста, да нема једне општеважеће дефиниције самоубиства, можемо прихватити и додати да је и не може бити. Самоубиство није феномен са једним значењем, јер постоји широки спектар суицидалних чинова где је на једном крају тамно, а на другом крају светло лице бога Јануса: од тежње ка смрти до апела за животом. Изгледа да ће различите дефиниције моћи постојати једна уз другу у зависности од референтног оквира.

Када се говори о самоубиству, примењују се и различите поделе. Тако самоубиство може да се подели на основу различитих критеријума.

Према основној подели, самоубиства се деле на: смишљена (планирана) у афекту, појединачна, двојна, вишеструка, напрасна и полагања, активна и пасивна, према узрасту, према полу, према брачном статусу, према методи извршења, месту и времену кад су почињена.

Према мотивима, деле се на: тражење помоћи, бежање из неподношљиве ситуације, ослобађање од тешке психичке патње, покушај утицаја на неку значајну, другу особу, као манифестација љубави, олакшавање тешкоћа другима, како би се други ражалостили, како би се други уверили колико очајно је било живети, као покушај откривања да ли су заиста вољени, чињење нечега у неподношљивој ситуацији, губитак самоконтроле, жеља за смрћу.

Према типу, разликујемо следеће типове самоубиства: суициди адолесцената, еутаназија, комбинација самоубиства и убиства, суицид бомбом (камиказе, герила, терористи), ритуални суицид (сепуку), масовни суицид, суицидни пакт, интернетом изазван суицид, суицид у рату (као бољи избор од мучења или тортуре, или због губитка части), испровоцирани суицид (у којем нпр. самоубица испровоцира полицајца да га убије). (47–49)

Према начину извршења, разликујемо самоубиства: самоспаљивањем, изазивањем аутомобилске несреће, дављењем у води, струјним ударом, вешањем, смртоносном инјекцијом, предозирањем лековима (хипнотицима, антидепресивима, аналгетицима, барбитуратима), гушењем пластичном кесом (гушење угљен-диоксидом), тровањем, сепуку (средњовековни начин, харакири), самустрељивањем ватреним оружјем, сечењем великих артерија или трахеје на врату, сечењем вена (најчешће подлактица), гладовањем, тровањем, падом са висине. (50)

1.1.2. Суицидално понашање

У покушају целовитијег и обухватнијег дефинисања, уведен је појам *суицидално понашање* или *суицидалност*, концептуализован као континуум који се пружа од суицидалне идеације до извршеног самоубиства, по Остаму (51).

Осим суицидалне идеације као личног промишљања о самоубилачком чину, у континууму суицидалног понашања даље следе: суицидалне најаве, које укључују већ вербалну или невербалну интерперсоналну димензију, још без самоповређујуће акције, и покушај самоубиства, што је појмовно-терминолошка етикета која се најшире употребљава за случај кад особе саме себи нанесу повреде без фаталног исхода.

Самоубилачка размишљања су размишљања при којима човек помишља на могућност да хотимице себи прекине живот, било само у начелу допуштајући ту могућност, било разматрајући и конкретан начин реализације таквог чина, али та своја размишљања не формулише у изговорену или записану реч, већ остају његова интима. (52)

Суицидалним тенденцијама могла би да се назове она човекова оријентација, уперена против самога себе, коју искусна особа на основу понашања и изражавања распознаје као такву, иако се ради само о индиректним манифестацијама самодеструктивних тежњи, које се још не реализују поступцима. (53)

Парасуицидална пауза (Фојерлајн) јесте бекство од мучне стварности у сан помоћу прекорачене дозе средства за успављивање; споља чин личи на покушај самоубиства, али пацијент то негира и свој чин приказује као покушај привременог хистероидног брисања стварности која га сувише оптерећује. (54–57)

Претња самоубиством јесте ситуација кад човек упознаје своју средину са (више или мање озбиљном) намером да себи одузме живот, не предузимајући још ништа.

Намерно самоповређивање јесте импулсивно, често реаговање у субјективно неподношљивој ситуацији, без свесног самоубилачког циља. (58)

Парасуицидални гест је претња са изразитим апелативним или демонстративним карактером, повезана и са (у правилу мање опасним) против себе упереним чином.

Покушај самоубиства – у оквиру ове категорије, коју карактерише већ искрена тежња за самоуништењем, иако може да буде легирана подједнаком количином позива у помоћ – “апела” (59), може да се издвоји као најризичнији облик самоагресивног понашања, када само случајне околности спрече да се чин заврши смрћу.

У стручној литератури се уместо досадашњег “*tentamen suicidii*” – покушаја самоубиства, све више афирмише ознака “парасуицид”, као шири појам од “парасуицидалног чина” у Фојерлајновом смислу. По Крајтману (50), који форсира назив “парасуицид”, то треба да значи “нефатални чин при којем се човек повреди или прогута материју изнад дозвољене или прописане количине”, што значи да су тиме обухваћене раније наведене категорије. У том смислу је и у овом тексту употребљен израз “парасуицид”. Међутим, тај назив и његово тумачење нису ни издалека општеприхваћени и отуда и могућност неспоразума. (61–64)

При поређењу група особа које су живот завршиле самоубиством и оних које су после (манифестног) самоубилачког чина остале живе, запазићемо карактеристичне разлике.

Углавном се тумачења разлика између оних који свој живот окончају самоубиством, и оних који остају при покушају самоубиства (парасуициду), заснивају на антиномији суицидалног понашања, дакле, карактеристици да су у сваком аутоагресивном понашању истовремено присутни тежња за смрћу и позив у помоћ – “апел”. Због разлика у психо-социјалној ситуацији по полу и старости, одређене особе испољавају већу склоност ка апелативном типу аутоагресивности (жене и млади), а друге (мушкарци и старији) ка правом суицидалном узорку. (65)

Будући да се метод, ризик леталног исхода и намера у основи нефаталног самоубилачког понашања разликују у многим аспектима, узрокујући врло разнолике консеквенце, Крајтман (60) уводи појам „парасуицид“, који укључује понашање аналогно самоубилачком, али у којем, како наводи аутор, нема психолошке оријентације ка смртном исходу.

Међутим, очигледно је да и у овом подручју дефинисање измиче једнозначности, јер се у англосаксонској литератури све чешће среће употреба термина „покушај

самоубиства“ и „парасуицид“ као синонима. А у спектру суицидалног понашања, уз већ наведено, егзистира и термин „намерно самоповређивање“, за хотимично самонанесену повреду, при чему није јасна веза у односу на (очигледну или привидну) сврху акта. (66, 67)

Покушај самоубиства представља чин у коме је постојала свесна намера уништења сопственог живота, али чин није довршен и смрт није наступила.

Постоје тешкоће у разликовању покушаја самоубиства и самоповреда. Обично се намера или покушај самоубиства изражава кроз посрамљеност, али и одбијање кривице и намера, као и кроз озбиљност покушаја, док су потенцијална угроженост телесних функција и интензитет самоубилачке намере чести индикатори покушаја самоубиства.

Покушаји самоубиства су чешћи од самоубиства. Кад се посматра старосна структура, млади су склонији покушајима самоубиства, док су самоубиства присутнија међу старијим особама. Жене су заступљеније међу особама које покушавају самоубиство. Разлике између самоубиства и покушаја испољавају се и у начинима и средствима која се том приликом користе. Код покушаја се бирају безбеднији и мање брутални начини и средства, попут отрова или лекова, док се самоубиства најчешће извршавају вешањем, скоковима са висине, пресецањем вена, ватреним оружјем и сл. (68–70)

Када су у питању мотиви и узроци, истраживања углавном показују да у овом погледу између самоубиства и покушаја нема великих разлика. Иако се покушаји најчешће јављају као начин привлачења пажње и „звон за узбуну“, обично у каснијим фазама већина таквих особа поново покуша самоубиство, што обично заврши смртним исходом. Истраживања су такође показала да је критични период око четири године после покушаја самоубиства („суицидални статус“ – депресивна расположења, очај, самоубилачке намере).

Може да се изради читава скала познатих облика самоубилачког понашања и поступака. Настојаћемо да их сврстамо зависно од тога у којој је мери идеја о самоуништењу присутна у човековој свести. Почећемо од облика који особа не доживљава као свесно стремљење ка смрти, а ни околина јој такву тенденцију уопште не приписује, али у крајњој линији такво понашање ипак знатно доприноси скраћењу

живота. На крају ове скале налази се самодеструктивни чин, код којег нема никакве сумње да је погођена особа акцију сама покренула у намери да се заврши са смрћу.

Категорији индиректног самодеструктивног понашања треба посветити мало више пажње, јер се са њом често сусрећемо, а да при томе уопште нисмо свесни њене сродности са суицидалношћу. (71, 72)

Самоубиство као очигледан и дефинитивни чин којим човек себи одузме живот, у начелу, може лако да се препозна и ограничи. Међутим, кад је реч о културном аспекту ове појаве, треба свакако да нас интересују и они феномени који појединце мање нагло и мање непосредно отргавају из друштвене заједнице и иза којих се такође крије самодеструктивна тежња, али погођени појединци не могу тако очигледно да је региструју. Није тешко закључити да разни видови индиректно самодеструктивног понашања, како наводи Фарбероу, наносе много већу штету друштву него директно самодеструктивно понашање, како могу да се означи суицид и парасуицид („суицидални покушај”). Суицидална тежња у правцу парасуицида носи у себи, као што знамо, апел. За индиректно самодеструктивно понашање је карактеристично да га погођена особа не доживљава као самоубилачко, без обзира на то што је чудно и бесмислено, иако човека угрожава и постепено му скраћује живот. Такво понашање повезано је са осећањем узбуђења, љутње, потиштености, равнодушности у стилу “шта ме се тиче” или “нека иде све дођавола”, затим занесеног предавања судбини или бојжој вољи, док је свесна суицидална тежња одсутна. Скала понашања ове врсте на једној страни глатко прелази у отворену суицидалност, а на другој у још нормално ризикантан живот. Ако такво понашање представља замену за манифестну суицидалност, оправдано може да се очекује да на таквој подлози почну чешће да се јављају очигледни самоубилачки мотиви. (73–76)

Занимљиво је, како упозорава Фарбероу, да је нешто слично наслутио још Диркем, пишући у својој књизи “Le Suicide” (1897) о “сличним душевним стањима (као код самоубиства), јер крију и ризик смрти којег човек није свестан. И перспектива наведених стања није тако погубна, али од самоубиства се разликују само по мањој вероватноћи фаталног исхода, и представљају некакав заматак самоубиства.”

Том “заметку самоубиства” разни аутори додали су још неколико назива, на пример: фокално, парцијално, хронично, прикривено самоубиство, субинтенционална смрт. Све те појмове и ознаке данас обухвата израз “индиректно самодеструктивно понашање”. Менингер (68) тражи главни узрок таквом понашању у фрустрираним потребама у периоду развоја и по Фројду се ослања на контрадикторност између примарног креативног нагона и смртног или примарно деструктивног нагона, које пореди са анаболичким и катаболичким процесима у биологији. Равнотежа између супротних снага животног и смртног нагона непрестано осцилује и при томе могу, у вези са настајањем разних агресивних и еротских осећања, а секундарно и осећања кривице, да се формирају разни видови понашања на сопствену штету, зависно од тога колико је неутрализован самодеструктивни нагон. Ако је отпор (животног нагона) био сувише слаб, смртни нагон може непосредно да се манифестује као очигледни самоубилачки чин, у противном, самодеструктивне тежње немају непосредног дејства, већ се оно испољава тек после дужег времена, кад се утицаји тих тежњи нагомилају. Из таквих збивања проистичу затим разни облици хроничног или делимичног самоуништања.

Данас се, како каже Фарбероу, такви облици понашања више не би тумачили као једнострана афирмација нагона смрти. У целини је ипак усвојено да је ово понашање одраз антиномије агресивних и либидиналних нагона.

Детаљније су психодмамику индиректног самодеструктивног понашања описали бројни аутори. (69–74) Као што важи за неуротичко понашање, и ово је у суштини животни стил, обичај, карактерна структура, а тиме и заправо нешто општеприсутно, могли бисмо да кажемо чак део репертоара свих нас. Инхерентни конфликт између антиномичних тежњи ероса и танатоса се на овом општедруштвеном нивоу испољава на једној страни кроз тражење мира и стабилности, а на другој кроз чежњу за преображајем и променама, можда и у ритму рата и мира. (75) Људи са вишком енергије прижељкују језива узбуђења. Кад се човек оптерети стресом, он антиципира пријатност коју ће осетити кад стрес престане. У томе се увек крије извештан ризик, утолико више уколико стрес прелази границе безбедности. То се дешава свим пионирима и истраживачима, који су носиоци напретка. Међутим, ризик „опасног живота” може да добије карактер зависности, као што ћемо видети код изразитих облика.

Основна депресивна реакција у сусрету човека са душевним болом јесте стање безнађа и резигнације, осећање да више не може да успостави стање какво жели, оријентација ка повлачењу. Али душевни бол може да изазове и низ више или мање конструктивних одбрана или супротних мера, које имају улогу савладавања душевног бола, а тиме и негирања депресивне беспомоћности, ублажавања вансвесних осећања кривице и пораста осећања сопствене вредности.

Други општи механизам као покушај савлађивања душевног бола и тескобе јесте катарзно реговање (један од облика “acting out-a”), када човек тескобу не подноси и не може да поступа дугорочно. Овај узорак, који се манифестује кроз разне испаде и сукцесивно ослобађање притисака, оцењује се код појединих особа или у појединим круговима као пожељна карактерна црта.

Обрнуто, друга врста људи настоји да те притиске, осећања кривице и душевне болове савлада самокажњавањем, прикривеном аскезом, што се, мање или више очигледно, манифестује уздржавањем у храни и пићу, сексуалности и још понечему.

Описане механизме клиничар открива у очигледним случајевима, као што су, на пример (76):

- алкохолизам и злоупотреба дрога, познати облици “хроничног самоубиства”;
- разне психосоматске болести, које могу да представљају часно повлачење пред животним тешкоћама којима човек није дорастао;
- занемаривање терапеутских упутстава у случају болести као што су дијабетес, Биргеров болест, хронична бубрежна обољења која изискују хемодијализу, оштећења кичмене мождине;
- разни облици самоутиласције;
- одређене саобраћајне несреће, нарочито повезане са вожњом моторног возила у пијаном стању;
- игре на срећу;
- поједини облици делинквентног понашања у којима може да се осети жеља за опасним ситуацијама и изазивање друштва на репресалије;
- проституција;

- превише ризикантно самопожртвовано понашање у сложеним друштвеним околностима;
- веома ризикантни спортови, као што су падобранство, нарочито оно при којим се инсистира на што каснијем отварању падобрана, дубинско роњење, врхунски алпинизам и други.

Можемо да замислимо како би изгледали задаци истраживача културних аспеката суицидалности уз наведене констатације о индиректном самодеструктивном понашању. На једној страни требало би утврђивати учесталост, структуру и специфичности разних облика суицида у истраживаној области, а на другој страни, што је можда и важније, откривати латентне самодеструктивне црте у самом карактеру народа, културе или супкултуре, која је предмет истраживања, и одраз тих оријентација на друштвене обичаје и структуру вредности у датој популацији. (77)

Притом су можда занимљива размишљања о друштвеном интересу да појединци укључени у друштвену заједницу у правој мери траже стрес, ризикују, излажу се опасности. Западна култура придаје тој оријентацији више значаја него опрезу и сигурности. У западном друштву повлачење у себе, прихватање улоге “контемплативног мистичара” (што је ближе, рецимо, хиндуском узору оријентације) често доводи до усвајања мера које коче шире деловање такве оријентације.

Људи који су покушали самоубиство чине психолошки веома рањиву групу са изразитим самоубилачким ризиком. Битна разлика између самоубиства и покушаја самоубиства је у њиховим последицама. Међу најзначајнијим психолошким и друштвеним последицама покушаја самоубиства наводе се (78):

1. Промене у животу већ болесних особа:
 - привремена хоспитализација (наставак психијатријског лечења у већини случајева),
 - стална хоспитализација (у случајевима менталне или физичке болести – нова животна средина појединца).
2. Промене у животу и средини здравих људи

- привремено издвајање из ситуације сукоба,
- друштвена заједница је спремна да пружи материјалну и моралну помоћ,
- начин живота и међуљудски односи се мењају под утицајем покушаног самоубиства,
- промене у друштвеној изолацији (прикључивање породици или живот у заједници).

1.1.3. Друштвена реакција на самоубиство

Реакција се изражава етичким ставовима, културним нормама и обрасцима понашања, преко религије и правних прописа. Друштвена реакција на самоубиство може се поделити у четири типа (79):

1. Одобравање је везано за митско-религијска, обичајна и политичка самоубиства алтруистичког типа. Друштвена заједница или одређене друштвене групе имају позитиван став према самоубиству у одређеним унапред дефинисаним условима. Самоубице су стимулисане на извршење самоубиства када је то у интересу заједнице или групе. Они су често слављени и величани још за живота. Тако су камиказе слављене и уважаване пре самог чина саможртвовања и самоуништења. Слично је и са самоубицама из политичких разлога, који се гледају као јунаци нације, политичког покрета, групе или неке друге политичке скупине.

Позитиван став постоји и када су у питању ситуације где се самоубиство сматра делом моралних дужности (самураји, или други понижени или заробљени припадници војних формација).

2. Равнодушност према самоубиству обично је присутна у аномијским и кризним друштвима и ситуацијама. Не постоји ниједно друштво или заједница чији нормативни

систем нема дефинисан став према самоубиству. Равнодушност је одраз отуђености друштва, људске заједнице или појединца.

3. Осуда (неодобравање) везана је за чињеницу да се самоубиством крше етичка и нормативна очекивања. Кроз историју су познати примери антисуицидалних закона у античком Риму и средњовековној Европи. Римско право је предвиђало конфисковање имовине у случају самоубиства.

Већи ефекат од легалних осуда имају моралне и психолошке осуде, које прате скоро сва самоубиства, осим алтруистичких. Оне могу бити толико драстичне у одређеним срединама да скоро у потпуности изолују породицу и сроднике самоубице. У овом духу су и забране сахрањивања на гробљима и на религијски прописан начин. Догађа се и да се на гроб самоубице не смеју поставити никаква идентификациона обележја (име, година смрти, и сл.) или уобичајени знаци (крст, полумесец и сл.). (80)

1.2. ПРЕДИСТОРИЈА ФОРМИРАЊА НАУЧНОГ ПРИСТУПА САМОУБИСТВУ

Да ли је самоубиство допустиво или недопустиво, исправно или неисправно, грех или не?

Кроз историју, изрицани су различити, често сасвим супротстављени ставови. Тако се за Сократа, према Платону, наравно, везује став да је „човек у животу као на стражи и своје место не сме да напусти док не буде опозван“ (разговор Сократа са Кебесом у Платоновом „Фаидону“), али стоје и наводи из дела „Одбрана Сократова и смрт“ или из Ксенофоновог дела „Успомене о Сократу“, о доживљају радости и смисаоности у

Сократовом прихватању превремене смрти, јер: „будем ли још поживео, можда ћу морати да подносим тегобе старости ... и постајем лошији“.

Било је мишљења да, ако човек није у могућности да одлучи како ће доћи на овај свет, има пуно право да одлучи како ће га напустити (Сенека, „*Epistulae morales ad Lucilium*“). Међутим, сматрало се и да самоубицу свакако очекује пакао јер божји закон такав чин не допушта (Вергилије, „Енеида“).

Па и став хришћанске цркве, која, као и јудаизам и ислам, осуђује самоубиство, није био одувек такав, еволуирао је временом.

Вероватно под утицајем стоицизма и мишљења да човек, било пре било касније, има пуно право да одабере смрт по сопственом нахођењу, ранохришћанско учење је чак подстицало на самоубиство усмеравајући све наде верника према загробном животу – познат је пример ранохришћана Донатиста, који су се у циљу што бржег напуштања овог света, „долине суза“, масовно бацали у провалије. Уосталом, ни у Старом ни у Новом завету не наилазимо на осуду самоубиства. Будући да је постојала реална опасност да Црква остане без следбеника на овом свету, Свети Августин, 354–430, у петом веку наше ере, својим делом „*De civitate dei*“, позивајући се на шесту заповест: „Не убиј!“, осуђује самоубиство, изједначавајући самоубицу са убицом: „*Qui se ipsum occidit homicida est.*“

Овакав став канонизован је када је самоубицама ускраћено право погребног обреда, да би коначно у Толеду било одлучено да се и онај који покуша самоубиство мора екскомуницирати из Цркве. (81)

Јужни Словени, као и већина народа у њиховом окружењу, примили су хришћанство пре више од хиљаду година, када је став о самоубиству као богонеугодном делу већ био дубоко укоренен, и преношењем са генерације на генерацију дефинитивно уткан у колективној свести. Све оне касније промене (у наше време, експеримент комунизма) које су биле супротстављене овако дубоко усађеним веровањима народа имале су зато само ефемерну трајност, јер, како пише француски филозоф Гистав ле Бон у делу „Психологија гомила“: „...скренута река опет узима свој ток“.

Научни приступ, проучавање узрочности, динамике и смисла суицидалног понашања, јавља се, потискиван постојећим догматским осудама, знатно касније.

У делима XVI–XVIII века чији су аутори Монтењ, Џон Дон, Волтер, Дејвид Хјум и други, јављају се и размишљања која указују на то да се самоубиство може разматрати и из филозофских и егзактно научних аспеката. Тако Волтер (1694–1778), у свом делу “Филозофски речник“, констатујући да су самоубиства учесталија у неким породицама и можда наследна, или да су чешћа у градовима него на селу, излази из домена етичког вредновања у подручје проучавања закономерности појаве. Тек у XIX и XX веку развија се научноистраживачки рад на подручју суицидологије. (82, 83)

Већина аутора сматра правом прекретницом Диркемову монографију „Самоубиство“. Ипак, утицаје морално-етичког вредновања који унеколико „контаминирају“ егзактну научну оцену, тешко је сасвим избећи, па елементе такве оријентације Даглас, према Милчинском, налази и у поменутом Диркемовом капиталном делу.

Треба прихватити да се дубоко усађен, у људском расуђивању увек, у већој или мањој мери, присутан утицај емотивног на рационално, неће моћи избећи, поготово при разматрањима која се тичу основа људског постојања и његовог смисла.

Кратак осврт на предисторију уводи нас у основе савременог научног приступа разумевању суицидалног понашања: суицид (самоубиство) представља биолошко-социолошку појаву која је феномен свих епоха. Дешавао се од праисторијског периода па до данашњих дана, дакле, постоји колико и човек и цивилизација. Ову појаву прате како културна и цивилизована друштва тако и она примитивна. (84–87)

Поставља се питање да ли је то људска слобода, храброст или кукавички потез између живота и смрти. Шта личност наводи на такву, последњу одлуку?

Најчешће, то је резултат неуспеха личности у решавању животних проблема и ситуације у којој се налази, одсуства перспективе, односно чин који је повезан са психичким поремећајима или немогућности превазилажења кризе у датом времену. У

неким случајевима, суицид представља резултат тежње за бољим и лепшим животом који нема никакве проблеме, који нема патњи ни бола, због веровања како је духовни свет у који се одлази после смрти далеко бољи и праведнији од овог у којем се жртва налази. (88)

Један од најпознатијих истраживача феномена самоубиства Shneidman (89) дефинише 10 кључних психо-социјалних обележја суицида:

1. Подражај или стимуланс (разлог самоубиства) – неподношљива психичка бол. Самоубиство представља бег од неподношљиве боли и екстремне анксиозности. Особа опажа бол као дугорочну, али и неизбежну. Ако бол надвлада нечију толеранцију у дужем и непрекидном периоду, особа губи веру да је уопште вредно живети.

2. Стресор – фрустрирајућа психолошка потреба. Самоубиство произлази из незадовољених потреба. Те незадовољене потребе фрустрирају особу и могу се кретати од најосновнијих, као што су избегавање психичке боли, озледа или болест, па све до најсофистициранијих, као што је нпр. потреба за разумевањем света који окружује човека. Зато превенција самоубиства лежи у проналаску олакшања од фрустрације која је у корену психолошке боли.

3. Сврха чина – тражење решења. Самоубиство је начин који се бира у случају када особа осећа да више не може издржати бол и неподношљиву фрустрацију. За починиоца је то “једини начин” решавања проблема и “најбоља могућност” за нерешиве унутрашње дилеме.

4. Циљ – престанак свесности или постојања. Престанак постојања постаје јако жељен ако је доживљен као једино решење проблема. Ништавило, престанак постојања, бег у смрт изгледају као једино “логично” решење у датој ситуацији.

5. Емоције – безнадежност и беспомоћност. Самоубиству претходи тзв. “емоционална импотенција”, која спречава проналажење излаза осим смрти и престанка постојања. Осећања безнадежности и беспомоћности су повезана са осећањима туге, срама, кривице, беса, усамљености, итд. Особа доживљава да нема контролу над својом унутрашњом боли и спољним околностима и не види крај својој неиздрживој патњи.

6. Унутрашњи став – амбиваленција. Иако је особа у потрази за престанком неиздрживе боли кроз чин самоубиства, она жели бити и спасена од смрти. Ова амбиваленција је садржана у томе да особа гледа на смрт као на последње могуће решење проблема, док се у исто време нада спасу и бољем животу.

7. Стање спознаје – ограниченост. Проблем “самоубиственог ума” је у ограничениости решавања проблема. За ову особу вреди само једна мисао – све или ништа – и нема алтернатива. Због тога у третманској интервенцији треба почети разбијањем ове дихотомизације у њиховом уму.

8. Интерперсонални чин – особа говори о својој намери. Од укупног броја почињених самоубистава, у 80% случајева особа је рекла о својој намери другима (још једна потврда амбиваленције), што обично укључује поздрав вољеним особама, дељење имовине, итд.

9. Акција – бег. Сврха самоубиства је побећи од боли, фрустрације, патње, безнадежности, беспомоћности: сврха је зауставити сва та осећања, и зато је “једина ефикасна” акција “отићи заувек” и оставити све.

10. Конзистентност – целоживотни начин суочавања са проблемима. “Склоност ка самоубиству” је повезана са капацитетима и начинима суочавања са психичком боли током живота. Самоубиство није аномалија, оно је само екстензија општег начина ношења човека са проблемима.

Корени феномена суицида настају у односу појединац–друштво. Узроци самоубиства су комплекси фактора који се у најопштијем смислу могу поделити на биолошке, демографске, психолошке, социјалне и културулошке чиниоце који имају удружено дејство. Узроке самоубиства не треба мешати са непосредним поводима или мотивима.

Модел “труле јабуке” и “трулог бурета”

У тумачењу узрока самоубиства постоје два општа теоријска модела који се метафорично могу назвати модел “труле јабуке” и модел “трулог бурета”. (90) Модел “труле јабуке” заснован је на идеји да је самоубица нефункционалан појединац, па зато треба сазнати које га индивидуалне или личне карактеристике издвајају у односу на “здраве јабуке” у друштву. Тиме би се могло утврдити и како применити превенцију самоубиства и третман оних који су покушали или су у ризику да учине самоубиство. Модел “трулог бурета” самоубиство сагледава као резултат друштвеног утицаја на појединца па зато фокус у превенцији и третману треба усмерити ка друштвеним факторима који доводе до самоубиства.

Савремени приступ самоубиству заснован је на интердисциплинарним сазнањима и интегративном моделу који треба да уважи и индивидуалне (личност, организам, наслеђе, ментално и физичко стање, итд.) и друштвене факторе (социјална изолација, друштвене кризе, економско стање друштва и породице, религијска уверења, културно-религијске вредности, итд.). Такође, треба узети у обзир и чињеницу и да је свако самоубиство јединствен случај, као што и сваки човек у свом животу носи јединствену ноту, поред заједничких особина које дели са другим људима или својом социокултурном заједницом. Из овог разлога “блиско нам је становиште савремене суицидологије да само истовремено деловање суицидогене диспозиције (смањеног животног нагона) и појачане психичке реактивности на спољње или унутрашње надражаје појединца и самоубилачких мотива (егзогених и ендогених; или друштвених и индивидуалних, прим. а.) доводи до самоубиства” (91).

1.2.1. Неке значајне теорије схватања самоубиства

Диркем се међу првима теоријски и емпиријски бавио проучавањем самоубиства. Он је још 1897. године поставио хипотезу да општа учесталост самоубиства открива нешто основно у карактеристикама друштва, што је независно од појединачних случајева.

Емпиријску примену његових теорија о самосталности друштва Диркем даје у својој студији о самоубиству. Самоубиство је – пише Диркем – једно од најиндивидуалнијих и најусамљенијих радњи, за које је способан само човек. Он даље доказује да се строго приватни чин воље који води суициду исто тако одређује према социолошким законима. Диркем је појаву самоубиства истраживао на основу статистичких података у низу земаља, настојећи тиме дедуковати неке заједничке константе у дужем временском периоду. Тако је констатовао да појава суицида у основи нема никакве везе с географским положајем, политичком и религијском припадношћу, генетским предисторијом итд. Доказао је да је фреквенција самоубиства већа у градовима него у руралним подручјима, да је стопа суицида далеко већа код протестаната него код католика, те да је такође већа учесталост самоубиства код удовица и разведних жена него код удатих итд. Ове разлике у стопи суицида по Диркему могу се експлицирати само социјалним релацијама или солидарношћу. Позната је његова теза: суцид се мења обрнуто пропорционално степену социјалне интегрисаности друштвених група којима припада појединац.

Дакле, динамичке социјалне појаве детерминишу фрустрираност, резигнацију, тескобу, психозе и незадовољство. Отуда се јавља потреба за новим моралним консензусом на тему шта можемо очекивати од нашег живота.

Холбахова теорија представља развој Диркемове теорије и њено критичко оцењивање на основу нових статистичких података. Он је потврдио везу самоубиства са породичном структуром и религијском припадношћу. Ово истраживање је показало да су главни социјални узроци самоубиства они који доводе до социјалне изолације. (92)

Хенри и Шорт су, у основи, интегрисали Диркемова схватања са психоаналитичким концепцијама о фрустрацији и агесији. По овим ауторима, и самоубиство и убиство су акти агесије, који резултирају из фрустрације. Самоубиство је узроковано фрустрацијама у личности, а не у спољњој средини. Они су пошли од претпоставке да је једна од најважнијих фрустрација неуспех одржавања или постизања вишег положаја у статусној хијерархији. Ово су доказали постојањем разлика у стопама суицида лица са различитим статусним положајем. Друга значајна претпоставка ових

аутора тиче се става да вероватноћа самоубиства зависи од јачине релационог система (јачина друштвене интеграције). Уколико је ниво друштвене интеграције виши, ризик самоубиства је мањи. Они су такође дошли и до заједничког елемента, а то је „спољашње ограничење“ – степен усаглашавања понашања са захтевима и очекивањима других. Спољашња ограничења могу бити хоризонтална, када резултирају из међусобних односа, и вертикална, када извиру из статусне хијерархије.

Теорија о вези друштвене и статусне интеграције (Гибс) полази од опште идеје да статусна интеграција – обим повезаности једног статуса са поседовањем неких других, утиче на стопу суицида. Статусна интеграција је показатељ друштвене интеграције. Степен статусне интеграције је максималан када је на основу познавања само једног статуса могуће предвидети други. Стопа суицида варира инверзно са степеном статусне интеграције у популацији.

Каван, Смит и Гибс су показали да стопа самоубиства директно варира са степеном друштвене дезорганизације. Већ су поменута истраживања Кетла и Герија о просторној и социјалној дистрибуцији самоубиства.

Еколошким истраживањима самоубиства бавио се Сејнзбри. Он је утврдио постојање делова града у односу на степен друштвене мобилности и друштвене изолације. По њему, самоубиство је дериват друштвене дезорганизације за коју је као показатеље користио разводе брака, стопе ванбрачне деце, малолетничку делинквенцију и сл. Сејнзбри је утврдио да диференцијална дистрибуција стопе самоубиства унутар града одговара областима са интензивном друштвеном дезорганизацијом. Једини изузетак била је дистрибуција малолетничке делинквенције у односу на коју није утврђена никаква корелација са друштвеном дезорганизацијом. (93–97)

1.3. ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И СТАТИСТИКА

Статистика је наука која је данас продрла у скоро све области које човек проучава. Многим испитивањима се чак одриче вредност и научна егзактност уколико нису статистички обрађена савременим методама. То се односи и на суицидологију.

Процењује се да у току године дана, широм света, између 500.000 и 1,2 милиона људи изврши самоубиство. (98) Покушаји самоубиства, као нпр. намерно самотровање или самоповређивање, неколико су пута учесталији. Према већини аутора, однос покушаних и извршених самоубиства креће се око 10:1. Иако самоубиство није болест већ врста понашања, епидемиолошки показатељи су од велике користи за разумевање суицидалности. Уосталом, схватање епидемиологије проистиче из повезаности са значењем самог корена те речи, који указује на науку о факторима који испољавају своје деловање над, на или ка људима. Посебно је интригантан велики утицај бројних културалних фактора, укључујући ставове медија, религије или социоекономских кретања.

Распрострањеност самоубиства се приказује стопом самоубиства, тј. бројем самоубиства на 100.000 становника.

Обично се узима да је стопа:

Ниска – испод 5,

Средња – од 5 до 15,

Висока – од 15 до 30,

Врло висока – преко 30.

Прерачун стопе суицида није сасвим поуздан, јер статистички подаци, наравно, нису увек одраз правог стања ствари и морају се уважити културални, политички и религиозни утицаји, као и мањкавост евиденције и методологије прикупљања података.

Међу најразвијенијим западним земљама постоје значајне разлике: у Великој Британији основ прикупљања података су извештаји криминолога, иследника за смртне случајеве, док су у Немачкој то подаци из лекарских потврда о смрти. Аустралија има осам различитих система који кореспондирају са шест држава и две територије.

Поред следствених разлика у поузданости коришћења статистичких података, ипак, пре свега захваљујући напорима радне групе Светске здравствене организације (99) и других (100–104), значајно се повећава поузданост резултата добијених из међународне суицидолошке статистике (Хоутон и Херинген (105)).

По подацима Светске здравствене организације, највише самоубиства у свету има у Југоисточној Азији – 17,7 на 100.000 становника, док је просек у свету 11,4 на 100.000 становника, а у Републици Српској та стопа је 11,8 на 100.000 становника.

Посматрано на светском нивоу, највише је самоубиства забележено у Литванији, после које долазе Јужна Кореја, Шри Ланка, Русија, Белорусија и Гвајана. С друге стране, најнижа стопа самоубиства забележена је у Јордану, Малдивима, Египту, Азербејџану, Јерменији, Јужноафричкој Републици и Кувајту.

У Европи је такође повишена стопа самоубиства, а шест европских земаља је међу 20 првих у свету. Према броју самоубиства у Европи, Литванија је на првом месту јер се годишње у тој земљи у просеку десе 42 самоубиства на 100.000 становника. Следе Русија са 37,4, Белорусија са 35, Латвија са 34,3, Естонија са 33,2, Мађарска са 32,1, Словенија са 30,9, Украјина са 29,4, Казахстан с 28,7 и Финска с 24,3 самоубиства на 100.000 становника.

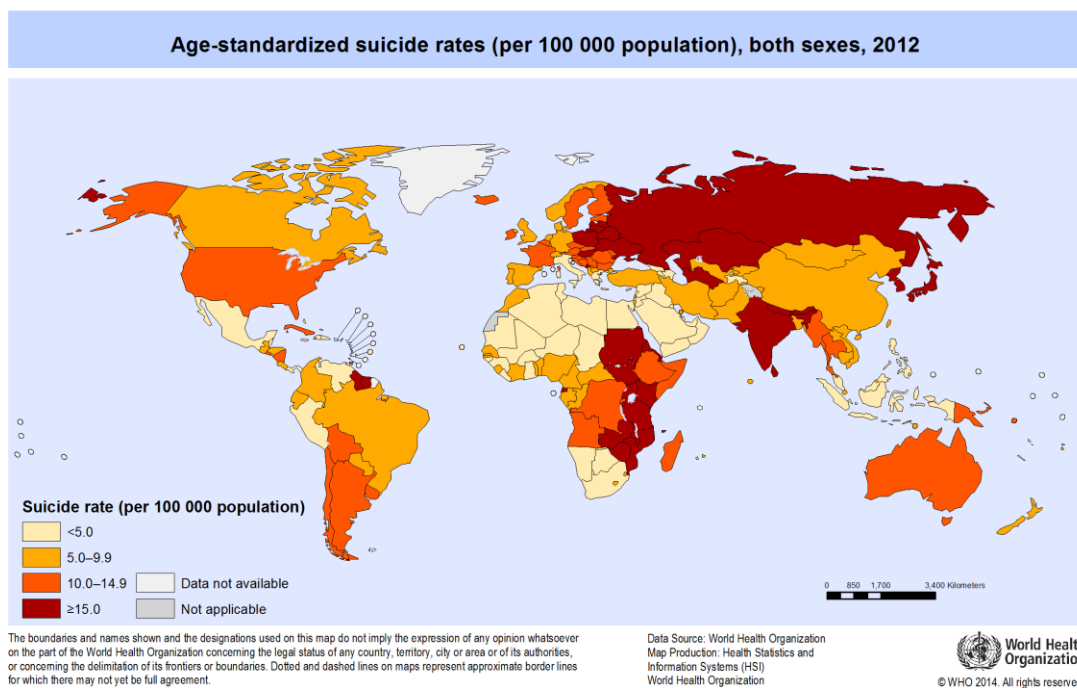
Просечна стопа суицида у Европи је 13 самоубиства на 100.000 људи. Од европских земаља, најмањи број самоубиства забележен је у Јерменији, где годишње 1,9 особа на 100.000 становника изврши самоубиство. Такође, земље у којима је забележен мали број самоубиства су Грчка, Малта и Турска.

У католичким земљама Европе, попут Италије и Шпаније, та стопа је најнижа. Регија у Јужној Америци Гијана, на првом је месту у свету по стопи самоубиства (44,2), а следи Северна Кореја (38,5). Најнижа стопа суицида у свету је у Саудијској Арабији (0,4).

Од осталих држава из ближег окружења, највећи број самоубистава забележен је у Словенији, где годишње чак 30,9 на 100.000 особа изврши самоубиство. Следи Мађарска са 32,1 на 100.000 становника, Словачка са 12,6, Бугарска с 12,3 и Румунија са 12 самоубистава на 100.000 особа. Према последњим подацима СЗО-а, у Албанији годишње на 100.000 особа њих четири изврши самоубиство, што је уједно и најмањи број самоубистава у земљама Југоисточне Европе.

Према истом извештају, у Србији је стопа суицида 12,4, док је до пре две године износила 18,8. На другом месту се налазила Хрватска са 17,8, где се у просеку сваког дана убију две особе. Према подацима Министарства унутрашњих послова Хрватске, прошле године је у тој земљи 777 особа извршило самоубиство, а 615 је покушало да се убије. У Македонији годишње на 100.000 особа њих 6,8 изврши самоубиство. У тој земљи је прошле године забележено 140 самоубистава. Црна Гора је имала веома мали број самоубистава и њихов проценат је износио 1,25. СЗО наводи и да се самоубиство и покушај самоубиства и даље сматра кривичним делом у 25 земаља, посебно у Африци и Латинској Америци. (22–24)

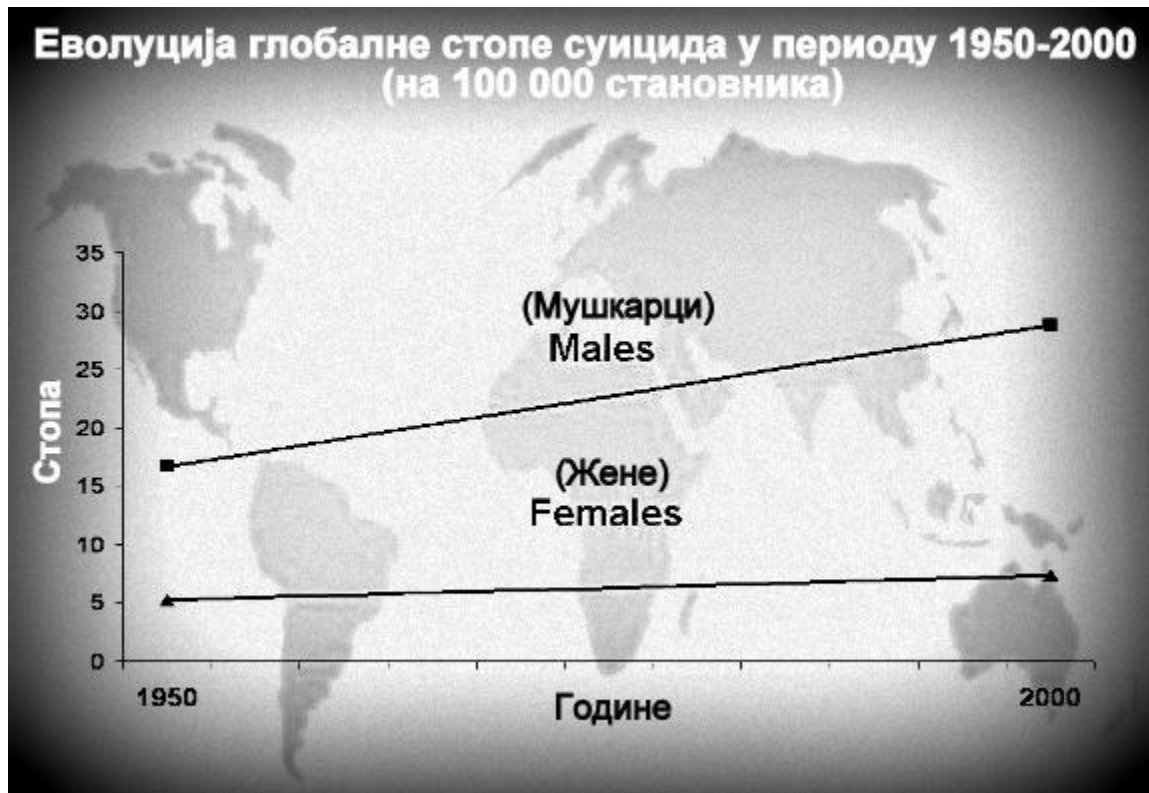
Слика 1. Стопа суицида у свету



Преузето из: World health organization. World health statistics 2012: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World health organization. Geneva, Switzerland 2012.

Генерално гледано, стопа самоубистава имаће и у даљој будућности тенденцију пораста, и према проценама Светске здравствене организације, са регистрованих око 900.000 самоубица 1995. године, 2020. године достићи ће број од око 1,53 милиона особа које себи одузимају живот .

Графикон 1. Регистрована (за 1950. и 1995. годину) и процењена (за 2020. годину) стопа самоубиства у свету



Преузето из: WHO. The world health report 2001. Evolution 1950–2000 of global suicide rates (per 100.000). 2001.

Ако је поузданост добијања адекватних статистичких податка усавршавањем технике прикупљања и обраде истих и достигла респектабилан ниво, много теже је разрешити проблем у погледу избора и рангирања по значају параметара који ће бити статистички обрађени.

Подаци из домаћих и страних статистичко-епидемиолошких истраживања разматрају се у контексту социодемографских, психо-социјалних, психијатријско-психопатолошких и других за суицидологију релевантних показатеља.

Међутим, који су параметри стварно релевантни за суицидално понашање?

Стенгел (59) наводи да су статистичку методу увели социолози. и да је њу прихватила већина клиничара и претпоставила другим методама. „Изгледа да су психијатри, испред узнемирујуће клиничке стварности проблема самоубиства, побегли у ропство бројева...”, каже Стенгел, и додаје: „Чудно је како су чак и искусни психијатри подлегли чаролији бројева, која не дочарава илузију научне тачности”. Он ипак сматра да су грешке које из објективних разлога чини статистика прилично константне па се зато бројеви могу употребити и имају извесну одређену вредност.

У монографији „Der Suicid”, где се у једном делу говори о статистици у суицидологији, сматра да статистику ипак треба сасвим одбацити, јер од ње не можемо очекивати решење питања самоубиства. То може да учини само психолошка анализа појединих случајева. (105)

Беутре и др. говоре са нескривеном аверзијом према статистици. „Клинички статистичари нам обично не показују шароликост психичких феномена, него само један ‘шоу’ математичких изопачавања и учености.” Он сматра да „клиничко посматрање, анализа психодинамике и уживљавање у човека појединца који пати, у поједином добро опсервираном случају, може често више да нас научи о самоубиству него статистика, која обухвата читаву популацију. (106)

Миловановић (11) критично и исцрпно процењује улогу статистике у суицидологији. Он сматра да је статистика од несумњиве користи за суицидологију. „Статистика самоубиства – каже Миловановић – утврдила је најпре да у самоубиству има правилности које важе за сва времена и за све земље, то су опште правилности самоубиства.” Ипак, сматра Миловановић, поред свих заслуга за суицидологију, статистика је учинила многе забуне и доста пометње при проучавању самоубиства. Разлоге статистичких грешака Миловановић види у „одсутности или нетачности дефиниција, лаичком, посредном и нецелисходном скупљању статистичких података, закључивању и уопштавању на основу малих бројева, доношењу суда с погледом на изнимне и пролазне појаве итд.”

Сејнзбри, иначе познат истраживач психијатар, суицидолог и статистичар, изјавио је на саветовању СЗО у Атини 1981. године да су грешке статистике добро познате, али

пошто се оне доста закономерно понављају, те ако се узму у обзир, неће чинити сметње у раду на испитивању самоубиства.

Ма колико негирали значај статистике у проучавању учесталости самоубиства, мишљења смо да без статистичких података о карактеристикама самоубиства и самоубица, полу самоубица, њиховом занимању и годинама живота, те околностима самоубиства, усменим и писменим најавама, учесталости појединих начина самоубиства и др. не бисмо могли да уочимо значај самоубиства за друштво, државу, неку географску територију и сл.

Правилно коришћење статистике у истраживању самоубиства условљено је њеним разумним коришћењем, јер, како је навео и сам Милован Миловановић, статистика је нож који једном страном сече, а другом може да посече.

У групи социодемографских обележја, с изузетком пола и узраста, одабрани параметри се умногоме разликују од аутора до аутора.

Узмимо као пример Сједињене Америчке Државе, где је самоубиство на осмом месту међу водећим узроцима смрти. САД бележе стопу суицида средњег нивоа: 11,49 за 1981. до 10,42 за 1998, при чему је однос суицида код мушкараца (18,7) и жена (4,4) око 4:1 (за Европу је око 3:1). Овај однос се битно мења према старости: код старијих мушкараца, од 75. до 84. године живота, стопа расте на 41, док је код жена, генерално, број самоубиства према старости релативно стабилан. Али, ако у разматрање укључимо расну припадност, показале се да је самоубиства код жена беле расе два пута више (4,9 vs 2,4). У Кини се чешће убијају жене, на Шри Ланки млади, у Ирској са порастом друштвеног стандарда расте број самоубиства...

За одговор на ово питање биће неопходно, у конкретном временском периоду, за сваку конкретну територију и популацију, упознавање специфичних законитости, значаја посматраних варијабли по утицају и редоследу, као и интеракције међу њима.

“Разлози за разлике у суицидалном понашању у односу на доб, пол и етничку припадност и пораст стопе самоубиства од 1950. наомамо (светски тренд пораста стопе

од 1950. до 1995. износи око 35% код мушкараца, и око 10% код жена) нису познати.“
(108)

О процени значаја различитих параметара важних за суицидално понашање биће више речи у наредним поглављима, а највише у анализи и коментару резултата добијених овим истраживањем.

1.4. НЕУРОБИОЛОГИЈА И ГЕНЕТИКА

Одавно запажена прилична постојаност, како у погледу убиквитарности суицидалног понашања, тако и релативне константности стопе самоубиства, која након промена под утицајем различитих спољашњих фактора има тенденцију повратка пређашњој динамици, логично, наводи на разматрање и биолошких основа суицидалности.

Поред поремећаја у серотонергичком систему, изучавне су и абнормалности у другим неуротрансмисерским системима, пре свега норадренергичком и допаминергичком, ГАБАергичком и глутаматергичком, као и неуроендокрини аспекти, пре свега хиперактивност хипоталамично-хипофизно-адреналне осовине, затим ниска концентрација холестерола, а све у покушају довођења у везу са суицидалним понашањем.

И летимичан преглед свих истраживања у овом подручју далеко превазилази предмет и обим овог рада. Зато ћемо се овде, углавном, ограничити на резултате добијене изучавањем поремећаја у серотонергичком или 5-хидрокситриптаминском (5-НТ) систему код особа које су покушале или извршиле самоубиство, што данас представља најконзистентнији неуробиолошки модел истраживања у савременој суицидологији. (109–112).

Суицидално понашање се јавља, пре свега (око 90%), код особа са психијатријским поремећајима. Два су чиниоца која пресудно диференцирају вулнерабилну подгрупу суцидалних:

1. специфичне абнормалности у серотонергичком систему,
2. генетски фактори.

Биолошке основе суицидалног понашања изучавају се, дакле, из податка који су добијени анализом у оквиру три главна савремена правца истраживања, а то су:

- повезаност промена серотонергичке активности и покушаја самоубиства,
- промене серотонергичке активности код извршених самоубиства,
- генетска детерминисаност суицидалног ризика, независно од генетске предиспозиције за психијатријске поремећаје са придруженим суицидалним ризиком. (113)

Већ је напоменуто да изучавање поремећаја у серотонергичком или 5-хидрокситриптаминском (5-НТ) систему представља један од најконзистентнијих неуробиолошких модела истраживања у савременој психијатрији. Последњих деценија двадесетог века интензивирани су проучавања везе између постојања ниске или нестабилне серотонинске трансмисије са појавом депресије, слабије контроле импулсивног реаговања и агресивности и, посебно, суицидалног понашања.

Серотонин је први пут изоловао и дао му назив Рапорт са сарадницима 1948. године. Серотонински метаболит, 5-хидроксииндолсирћетна киселина (5-НИАА), проучаван је у студијама церебрспиналног ликвора, још од Асберга са сарадницима 1976. И у бројним каснијим истраживањима поткрепљена је хипотеза да је ниска концентрација 5-НИАА у ликвору у асоцијацији са суицидалним понашањем, али и спектром депресивних поремећаја.

Касније развијене технике испитивања, нарочито хистохемијске, употреба радиоактивних лиганата ради мерења функционалне активности рецептора, а посебно

магнетна резонанца и позитронска емисиона томографија, на прелазу у XXI век, све јасније указују на то да биолошки корелати депресије и суицидалног понашања нису заједнички. До данас упозната неуроанатомија серотонинских пројекција указује да најмање пет путева транспорта серотонина представљају супстрат у различитој регулацији серотонинског деловања. (114)

Испитивањима мозданог ткива *post mortem* налази се да су серотонергичке абнормалности удружене са суицидом концентрисане у вентралном или орбиталном префронталном кортексу, највише на путу од средњемоздане масе до префронталног кортекса, као и на другим префронталним путевима. Добро је подсетити се да је ово у складу са искуствима клиничара о смањеној контроли импулсивног, хетероагресивног или аутоагресивног понашања након лезија ове регије мозга.

Међу различитим 5-НТ рецепторима познатим данас, 5-НТ1А и 5НТ2А су и даље предмет најинтензивнијег изучавања у овој области, са резултатима исраживања који указују на (вероватно компензаторно) повећање њихове густине у префронталном кортексу услед смањења нивоа серотонина. Ова истраживања добијају нови замах након кодирања гена одговорних за серотонергичку трансмисију у вези са оба ова рецептора.

Подаци о генетској детерминисаности суицидалног ризика дали су кључни допринос научном приступу у проучавању биолошких основа суицидалности на основу студија близанаца и фамилијарних студија (115,118).

Стопа извршених и покушаних самоубистава виша је у фамилијама где се то догађало у претходним генерацијама, него у контролној групи са психијатријским поремећајима без ранијег суицидалног понашања. Једнојајчани близанци имају 17 пута већи ризик идентичног суицидалног понашања, него што је то у контролној групи. (119)

Студије адопције оспоравају примаран утицај фамилијарне психолошке идентификације јер дају статистичку значајност у повећању суицидалног понашања код биолошких сродника. Притом, трансмисија суицидалног ризика је зависна од трансмисије суицидалног понашања посебно у случајевима придружених психијатријских поремећаја (депресија, психозе).

Данас је неспорна генетска условљеност у корелацији неуробиологије и суицидалног понашања. Један од приступа за идентификацију гена који посредују у ризику за суицидално понашање састоји се у истраживању такозваних гена кандидата (candidate genes).

Гени кандидати се углавном обично препознају као гени инволвирани са неуробиолошким системима, већином абнормални и доприносећи суицидалном понашању. Један од гена кандидата је ген за триптофан-хидроксилазу, ензим који претвара аминокиселину триптофан у 5-хидрокситриптофан, који под дејством декарбоксилазе постаје серотонин. Како је раније наведено, серотонергички систем је поремећен код суицидалних особа, и појављује се као репрезент биолошки детерминисане предиспозиције вулнерабилности за суицидално понашање.

1.5. ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТИ

Према психоанализи, суицид је чин аутоагресије, израз садизма суперега који се окренуо против саме особе. Самоубиство је очајнички протест, оно је чин побуне ега против тиранског суперега и, истовремено, последњи покушај задобијања његове наклоности. Самоубиство је, према Фројдовој теорији нагона, најдиректнији израз нагона смрти, односно импулса за тоталном аутодеструкцијом.

Овом поглављу припада место између анализе биолошких и социолошких приступа феномену самоубиства, и представља природну везу међу њима.

Сигмунд Фројд се сматра оцем психолошког приступа у објашњењу самоубиства, мада сам никад није написао рад који је посебно посвећен самоубиству. Психодинамика суицидалности, где доминира класично психоаналитичко схватање, по којем нико ко није пожелео да убије другог не убија себе (садизам суперега окренут против ега), изведена је из анализе и критике његових дела, пре свега из монографије “Туга и меланхолија” из

1916. године, где се бави објашњењем депресивности и компарацијом депресивности са нормалним људским искуством туге. Фројд наводи: „...Анализа меланхолије нам сада показује да его може убити себе – ако је у стању да на себе усмери непријатељство претходно усмерено на неки објект који је првобитно егзистирао у спољашњем свету.“ Нешто касније о суициду говори и у својој другој дуалистичкој теорији нагона из 1920, где афирмише појам танатоса, нагона смрти, као исходишта агресивности и (ауто)деструктивности.

Карл Менингер, иначе познат као творац појма хроничног и парцијалног самоубиства (алкоголизам, наркоманија), разрађујући ове Фројдове поставке, формира познати тријас у динамици самоубиства:

1. жеља да се неко убије,
2. жеља да се буде убијен,
3. жеља за смрћу.

Док многи психоаналитичари и мислиоци касније оспоравају изворне Фројдове ставове, Фенихел, Рајх, Фром и други их прихватају и продубљују. Неки од њих притом дају оригиналне доприносе, као нпр. Фенихел, који закључује да самоубиству претходи одустајање ега од сваке активне борбе и његова потпуна предаја: “Губитак осећања властите вредности је тако потпун да особа одустаје од жеље да је поврати.”

У целини гледано, према Бироу (120), психодинамска разматрања у суицидологији су двосмерна:

1. Анализа пресуицидалне динамике:

Овде је најзначајнији Рингелов пресуицидални синдром из 1953. године, са карактеристичним запажењем самоубиству претходећег „прогресивног стешњења“ (Einpengung), сужења психичког перцептивног поља са напуштањем животних вредности и развојем стања безнадежности, што је веома блиско каснијем коцепту “констрикције интелектуалног фокуса”, који је 1977. разрадио Шнајдмен.

2. Анализа самоубилачке мотивације:

Овде је такође нагласак на ирационалности и значају несвесних механизма, у складу са учењем Фројда о нагону смрти, где каже да су нагони смрти ”по својој природи неми”, нечујни у нашој унутрашњости; ако се и појаве, то никад не бива у чистом облику, за разлику од ”бучних”, споља лакше препознатљивих нагона живота. (121)

У овој области, треба истаћи допринос који је дао Стенгел, сврставајући мотиве за самоубиство у три групе:

1. бекство или капитулација,
2. аутоагресија,
3. функција апела.

Ова трећа група мотива посебно је интригантна, јер „апел за помоћ“ говори да такви мотиви суицидалних покушаја нису окренути ка смрти, него према суштинској жељи за разумевањем, подршци у омогућавању интерперсоналне и шире социјалне компатибилности, односно према животу, па се суицидалност, попут бога Јануса, са два своја лица окреће, у зависности од преваге апела или аутодеструкције, животу или смрти.

Увек треба подсетити да наш научник Миловановић још 1929. године афирмише ову „алармску“ компоненту суицидалне мотивације.

У контексту мотивације анализира се и појам парасуицидалне паузе. Обично се као аутор наводи Фојерлајн, мада је сам појам парасуицид увео Крајтман. Овде је у основи чина, који споља личи на покушај самоубиства, постојала само намера за искорак из тренутно неподношљиве ситуације, са идејом да се она на неко време прекине, без жеље за самоуништењем. (121–125)

Притом је потребно избећи могућност неспоразума јер се у новијој стручној, посебно англосаксонској литератури, често среће замена термина „покушај самоубиства“ изразом „парасуицид“.

1.5.1. Модел „крик бола“

У поглављу о психологији суицидалног понашања интернационалног приручника “Самоубиство и покушано самоубиство”, Вилијамс и Полок (126) баве се разматрањем различитих психолошких приступа у објашњавању суицидалног понашања. Пре свега разматрају импулсивност, а потом категорије дихотомног мишљења и когнитивне ригидности, које упливишу на инсуфицијентност вештине решавања проблема код суицидалних особа .

Анализом особености аутобиографског меморисања и осећања безнадежности у суочавању са животним проблемима, и интегрисањем добијених података, дат је новији модел елаборације суицидалног понашања, познатог у литератури као модел “крик бола” (“cry of pain”).

Целовитост приступа дао је Вилијамс 1997. године (127) у свом раду „Крик бола: разумевање самоубиства и самоповређивања“. Суицидално понашање се посматра као начин да се побегне од доживљаја дефинитивне заробљености (у клопци) код особа које верују да нема никаквог излаза и да не могу побећи од неких спољашњих или унутрашњих тешкоћа.

Модел се заснива на упознавању психолошких механизма који могу бити окидачи за суицидално понашање и фокусира се на узроке суицидалног понашања, а не на његове последице.

На основу разматрања особина личности и когнитивних фактора који су повезани са суицидалним понашањем, чини се да су одређени стресни догађаји који претходе суицидалном понашању сигнали „пораза“, а специфични психолошки процеси који појачавају вулнерабилност одговорни су за доживљај „безизлаза“ (вештине решавања проблема, дефицит аутобиографског памћења). Ови психолошки процеси који доводе до тога да криза прерасте у суицидалну кризу јесу они који сигнализирају да „нема излаза“, повећавајући доживљај беспомоћности кроз негативну перцепцију будућности.

Овај модел нуди нови оквир за разумевање психолошких истраживања и показује како психологија може креирати мост између истраживања о социјалним и биолошким факторима суицидалног понашања:

Стање свести жртава суицида (128, 129,130)

Жртве суицида карактеришу следеће особине:

а) импулсивност:

- суицид је најчешћи суицидни акт,
- импулс суицида је пролазан и траје неколико минута или сати, и
- најчешће стручна особа може утицати на жртву суицида да га не изврши.

б) амбиваленција:

- код већине људи склоних самоубиству помешана су осећања о извршењу суицида;
- жеља за животом и жеља да се умре „воде рат у глави самоубице”, као кретање клатна на сату;
- код суицидне особе је присутна неодложна потреба да се побегне од животне патње и скривена жеља да се живи;
- многе жртве суицида не желе да умру – оне су само несрећне и желе да тренутни бол и њихова патња нестану;
- ако им се у право време пружи подршка и у њима повећа жеља за животом, ризик се смањује.

в) ригидност:

- када су особе у суицидном расположењу, њихово размишљање, осећање и акције су сужени, стално размишљају о акту суицида и не могу да сагледају и смисле друге начине решавања животних проблема;

– самоубице размишљају драстично, нереално или ригидно.

Осећања и облици понашања суицидних особа (131, 132)

Код суицидних особа приметна је манифестација осећања у различитим облицима, који се уочавају у:

а) *променама личности* кроз следеће облике: тужни су, повучени, нервозни, уморни, неодлучни, безвољни и понекад узнемирени и хиперактивни, немају наде за будућност, губе концентрацију за посао, школу и редовне обавезе, незаинтересовани су за сопствени изглед и околину, губе интересовање за пријатеље;

б) *склоности злоупотребама* које се огледају кроз злоупотребу дроге, алкохола и лекова и упражњавању опасних занимања или улазе у опасне ситуације како би изазвале „смрт“; и

в) *посттрауматским стресним поремећајима*, након губљења вољене особе (смрт, развод) или нечег другог што је важно (посао, новац, самопоуздање...), постајања жртвом мобинга...

1.5.1.1. Импулсивност

1. Суицидална понашања (без смртог исхода) имају тенденцију да буду импулсивна, при чему 50% особа изјављује да о суициду нису размишљали више од једном пре него што су га покушали.
2. Уз то, неуробиолошка истраживања су се бавила везом између особина личности као што је агресивност и импулсивност код суицидалних и насилних особа. Резултати ових истраживања упућују на то да је висока импулсивност биолошки одређена серотонинским системом и важна је компонента у покушајима суицида са високом смртношћу.

Бројне студије потврђују да је импулсивност повезана са суицидалним ризиком као и да је начин на који суицидалне особе манифестују љутњу и хостилност специфичан, у

смислу да није отворен, пуно је потискивања, и присутан је висок ниво депресивности и кривице. У складу са овим налазима је и чињеница да су антисоцијални поремећај личности и гранични поремећај личности карактеристични по суицидалном понашању, а за њих се везују симптоми афективне нестабилности и импулсивна понашања, укључујући бес, хостилност, ниску фрустрациону толеранцију и недостатак планирања. (133, 134)

1.5.1.2. Дихотомно мишљење, когнитивна ригидност и вештина решавања проблема

Изолованим посматрањем импулсивности не може се објаснити избор једног понашања (суицид или покушај суицида) пре него неког другог. За поузданију процену избора понашања потребна су и истраживања когнитивних варијабли.

Дихотомно мишљење подразумева тенденцију ка размишљању у терминима све или ништа (црно-бело). Према истраживањима у овој области, већина особа има капацитет да моделује или игнорише дихотомије, а да суицидалним особама недостаје оваква флексибилност, те ако су незадовољни нечим у свом животу, чини им се тешким или немогућим да промене своја очекивања или да прихвате компромис. (135)

На овај начин, када се суоче са проблемском ситуацијом, суицидалне особе доживљавају да им окружење нуди мале могућности за олакшање или промену. Ова тенденција је веома релевантна за модел “крик бола“ у томе што подвлачи један значајан чинилац који код особе доприноси перцепцији да нема излаза или спаса из тренутне тешке ситуације.

Дихотомно мишљење је у тесној вези са још једном когнитивном варијаблом коју је Нојрингер изучавао током низа година, а то је когнитивна ригидност. Креирао је студију да процени присуство и интензитет ригидности код суицидалних пацијентата, испитујући везу између вештина решавања проблема (у старијим студијама аперсоналних, а у новије време интерперсоналних) и самодеструктивног понашања. У процесу решавања проблема постоји пет компоненти:

1. оријентација на проблем,
2. генеза алтернативних решења,
3. доношење одлуке,
4. примена решења и
5. процена (верификација) решења.

Резултати су упућивали на то да су суицидалне особе мање флексибилне и више ригидне, мање спремне да промене и прилагоде стратегије решавања проблема: чекају да се проблеми сами реше или се ослањају на друге особе у решавању проблема, а ако дођу до решења, недоследни су у њиховој примени.

1.5.1.3. Аутобиографска меморија

Сада је све више доказа који говоре у прилог томе да значајан фактор у решавању актуелног проблема може бити и начин на који се особа сећа своје прошлости.

Савремени истраживачи суицидалног понашања истичу важну везу између животног искуства, као извора начина за решавање проблема, и самодеструктивног понашања. Вилијамс је изучавао везу између дефицита вештина решавања проблема и меморисања личних искустава.

Неке студије говоре о томе како расположење утиче на начин како ће догађаји бити запамћени, као и на касније коришћење искустава. Није јасно да ли расположење утиче на приступ меморисаним подацима или чини људе генерално песимистичним у одлучивању да покушају да реше проблем.

Бројне студије показују како депресивни пацијенти и особе које су покушале суицид имају тешкоће када треба да репродукују специфичну успомену као одговор на кључну реч нпр. „срећан“, „тужан“. Одговарају сећањем које сумира низ догађаја, хипергенерализована сећања, уместо издвајања специфичних догађаја понаособ.

Специфична сећања (меморисани подаци) јесу користан извор у решавању проблема, јер су богата детаљима и нуде велики број трагова и знакова из којих се могу

генерисати решења. На пример, у проблемској ситуацији особа може да покуша да размишља и присети се шта је претходно у некој сличној ситуацији урадила. На овај начин може доћи до специфичних стратегија које су се раније показале делотворним, те генерисања нових солуција на основу њих.

1.5.1.4. Безнадежност

Познато је да је губитак наде један од најважнијих фактора који посредује између депресивности и суицидалних намера. Као што смо претходно напоменули, когнитивна ригидност, дихотомно мишљење и дефицит вештина решавања проблема играју важну улогу у развијању осећања беспомоћности.

Хоутон је формулисао теорију безнадежности, где је дефинише као очекивање да се позитивне последице неће десити или да ће се десити негативне последице. Поставља се питање да ли је беспомоћност повећана спремност да се мисли у негативним терминима и о негативним аспектима будућности или смањена способност размишљања о позитивним аспектима, или обоје.

Познато је да је осећање беспомоћности и губитка наде добар предиктор нивоа суицидалних намера. Ипак, нека истраживања нису показала значајну корелацију између доживљаја беспомоћности и дефицита вештина решавања проблема, али су утврдила да је специфичност суицидалних пацијената оријентација на негативне аспекте ситуације и, генерално, маладаптивна оријентација према проблему.

Тако је утврђено да су суицидални пацијенти генерисали мање будућих позитивних догађаја од контролне групе, али нису антиципирани више негативних. Резултати нису регистровани разлику између суицидалних недепресивних и суицидалних депресивних пацијената. Са тачке гледишта клиничара, недостатак позитивних очекивања је важан фактор у суицидалном понашању и потребно га је озбиљно узети у разматрање при процени ризика и планирању интервенција. (137)

Горе наведене чињенице, резултати истраживања, потврђују повезаност великог броја психолошких варијабли са суицидалним понашањем: импулсивност, дихотомно мишљење, когнитивна ригидност, беспомоћност, дефицит вештина решавања проблема, генерализовано аутобиографско сећање и негативна процена будућности. Овај модел сугерише да је важан аспект ових варијабли улога коју имају у повећавању вероватноће да ће особа на неки догађај реаговати на катастрофичан начин. Помажу нам да разумемо:

- елементе животног искуства који могу да допринесу суицидалном понашању (најважнији су животни догађаји који сугеришу пораз),
- механизме који доприносе доживљају да нема излаза из ситуације поражености (дефицити меморије превенирају приступ корисним и специфичним путевима изласка из проблема који су примењивани у прошлости),
- механизме који су у основи уверења да и у будућности неће бити излаза.

Слично као када је животиња заробљена у клоpci, крик је примарно последица доживљаја заробљености и патње. Тек накнадно, крик може имати и функцију дозивања помоћи.

Иако је и ово важна последица, ипак се не може рећи да је понашање увек мотивисано или зависно од последица које производи. Наравно да је могуће да код понављајућих покушаја суицида ово дође у први план, али је корисније усмерити се на то који аспекти особе, њеног расположења, когниције и који аспекти окружења претходе и изазивају овакво понашање.

1.5.2. Психо-социјална обележја суицида

Један од најпознатијих истраживача феномена самоубиства Шнајдман (138, 139) дефинише 10 кључних психо-социјалних обележја суицида.

1. Подражај или стимуланс (разлог самоубиства) – неподношљива психичка бол. Самоубиство представља бег од неподношљиве боли и екстремне анксиозности. Особа опажа бол као дугорочну, али и неизбежну. Ако бол надвлада нечију толеранцију у дужем и непрекидном периоду, особа губи веру да је уопште вредно живети.
2. Самоубиство произлази из незадовољених потреба. Те незадовољене потребе фрустрирају особу и могу се кретати од најосновнијих, као што су избегавање психичке боли, озледа или болести, па све до најсофистициранијих, као што је нпр. потреба за разумевањем света који окружује човека. Зато превенција самоубиства лежи у проналаску олакшања од фрустрације која је у корену психолошке боли.
3. Сврха чина – тражење решења. Самоубиство је начин који се бира у случају када особа осећа да више не може издржати бол и неподношљиву фрустрацију. За починиоца је то “једини начин” решавања проблема и “најбоља могућност” за нерешиве унутрашње дилеме.
4. Циљ – престанак свесности или постојања. Престанак постојања постаје јако жељен ако је доживљен као једино решење проблема. Ништавило, престанак постојања, бег у смрт, изгледа као једино “логично” решење у датој ситуацији.
5. Емоције – безнадежност и беспомоћност. Самоубиству претходи тзв. “емоционална импотенција”, која спречава проналажење излаза осим смрти и престанка постојања. Осећања безнадежности и беспомоћности су повезана са осећањима туге, срама, кривице, беса, усамљености, итд. Особа доживљава да нема контролу над својом унутрашњом боли и спољним околностима и не види крај својој неиздрживој патњи.
6. Унутрашњи став – амбиваленција. Иако је особа у потрази за престанком неиздрживе боли кроз чин самоубиства, она жели да буде и спасена од смрти. Ова амбиваленција је садржана у томе да особа гледа на смрт као на последње могуће решење проблема, док се у исто време нада спасу и бољем животу.

7. Стање спознаје – ограниченост. Проблем “самоубиственог ума” је у ограничености решавања проблема. За ову особу вреди само једна мисао – све или ништа – и нема других могућности. Због тога у третманској интервенцији треба почети разбијањем ове дихотомизације у њиховом уму.
8. Интерперсонални чин – особа говори о својој намери. Од укупног броја почињених самоубистава, у 80% случајева особа је рекла о својој намери другима (још једна потврда амбиваленције), што обично укључује поздрав вољеним особама, дељење имовине, итд.
9. Акција – бег. Сврха самоубиства је побећи од боли, фрустрације, патње, безнадежности, беспомоћности: сврха је зауставити сва та осећања, и зато је “једина ефикасна” акција “отићи заувек” и оставити све.
10. Конзистентност – целоживотни начин суочавања са проблемима. “Склоност ка самоубиству” повезана је са капацитетима и начинима суочавања са психичком боли током живота. Самоубиство није аномалија, оно је само екстензија општег начина ношења човека са проблемима.

1.6. СОЦИОЛОШКИ ПРИСТУП

Самоубиство је последица несвесне забране развоја идентитета од стране групе у којој човек егзистира, пошто је група та која дефинитивно одлучује да ли ће он остати у животу или починити самоубиство. Човек је рођен у групи и у групи умире.

Гинтер Амон, „Psychodynamik des Suizidgeshens“

У уводним напоменама о концептуалним моделима у психијатрији, савремени психијатријски приступ суицидалном понашању нужно обухвата биолошку, психичку и

социјалну димензију људске егзистенције. Концептуални модели у психијатрији, у покушају њихове синтезе, уобличивају се у систем конзистентних тумачења која дају, у већој или мањој мери, комплексну слику стварности обухватајући ове три димензије.

Као што је одавно запажена прилична постојаност, како у погледу убиквитарности суицидалног понашања, тако и релативне константности стопе суицида, која након промена под утицајем различитих фактора има тенденцију повратка пређашњој динамици, логично, навела на разматрање и биолошких основа суицидалности, исто тако је, још и раније, почетком XIX века, нарочито захваљујући развоју статистике, створила утисак код неких истраживача да у друштву делују наиндивидуалне снаге, које битно одлучују и у овом аспекту човековог понашања, и у облику општег друштвеног закона, изнад су хтења људи који то друштво чине.

Савремена социологија, наравно, неће игнорисати постојање и важност човекових индивидуалних: биолошких, физичких или психичких стремљења и потреба, али све то разматра кроз визуру друштвених сила које индивидуална хтења могу појачавати, реформулисати или слабити, јер особа живи у друштву, па су њене друштвене активности и социокултурно понашање подручје интересовања и социолошке суицидологије (Хоутон и Херинген (136)).

Вероватно не постоји темељнија публикација из домена социолошког тумачења суицидалности а да не спомиње угаони камен не само у суицидологији, већ и у социологији: чувену монографију Емила Диркема (1858–1917) “Самоубиство” из 1896. године. Диркемов генерални закључак је да самоубиство варира у обрнутој сразмери са степеном интегрисаности друштвене заједнице чији је јединка саставни део. Самоубиство је – пише Диркем – једно од најиндивидуалнијих и усамљених радњи, за које је способан само човек. Он даље доказује да се строго приватни чин воље који води суициду такође одређује према социолошким законима. Диркем је самоубиства истраживао у низу земаља покушавајући тиме да дође до неких заједничких константи у дужем временском периоду. Тако је закључио да појава суицида у основи нема никакве везе с географским положајем, политичком и религијском припадношћу, генетском предиспозицијом итд. Доказао је да је фреквенција самоубиства већа у градовима него у руралним подручјима, да је стопа самоубиства далеко већа код протестаната него код католика, да је већа учесталост

самоубиства код удовица и разведних жена него код удатих итд. Ове разлике у стопи самоубиства, по Диркему, могу се експлицирати само социјаним релацијама или солидарношћу.

Диркем јер разликовао четири типа суицида: егоистички, алтруистички, аномички и фаталистички тип. Тако изводи четири категорије самоубиства, и данас присутне у социолошкој литератури:

1. Аномичко, последицу изненадних друштвених криза, када друштво није у стању да усмерава појединца и да над њим врши контролу.

2. Егоистичко, које представља последицу губитка социјалног интереса или недовољне интеграције у друштву, и појачане индивидуализације. Слабљење друштвене интеграције јача индивидуацију, што проузрокује суицид (среће се код душевних или телесних болесника). Може се рећи да је егоистички суицид последица претеране индивидуализације.

3. Алтруистичко, које је последица недовољне индивидуализације или претеране друштвене интеграције, које се ретко среће у савременим друштвима (нпр. самоубиство жене након смрти мужа, харакири и сл.). Овај облик суицида се јавља у друштвима где је морални кодекс веома јак.

4. Фаталистичко, што је самоубиство до кога долази када друштво намеће правила стварајући притисак на појединца, па се суицид види као једини излаз из проблема.

У сва четири случаја узроке треба тражити у односу индивидуума према друштву, али на питање зашто тај однос постаје проблематичан, у том смислу да је појединац присиљен да изврши суицид, у сва четири случаја се може одговорити различито. Једни изврше суицид јер су недовољно интегрисани, или када превлада њихова унутарња празнина, други се убијају јер су прекомерно интегрисани и због тога свој властити живот мало цене. Остали изврше суицид јер се њихова очекивања не могу ујединити с оним што се за њих чини социјално доступним. У вези са овим, Диркем уводи важан појам аномије. Диркем је заговорник капиталистичког либерализма, који може бити разлог наглој

експанзији индустријског друштва. Експанзија резултира у претераној специјализацији у подели рада, што је очигледна опасаност за друштвену солидарност, чиме долази до аномије. Аномија (одеутност норми) појављује се у индустријском друштву када ослаби социјална контрола, а моралне норме нису довољно јаке за обуздавање оних који крше правила понашања. Тада долази до индустријских конфликта, суицида, развода бракова и других патолошких појава. Дакле, динамичке социјалне појаве детерминишу фрустрираност, резигнацију, тесобу, психозе и незадовољство. То намеће потребу за новим моралним консензусом на тему шта можемо очекивати од живота.

У складу са наведеним категоријама, Уни Биле-Брахе (140) у свом тексту „Социологија и суицидално понашање“, у поглављу „Социјална интеграција“, даје врло јасну и прегледну суштину тог дводимензионалног односа: индивидуе према друштвеној заједници и друштвене заједнице према припадајућој индивидуи, са четири наведена исхода:

Табела 1. Дводимензионални однос индивидуе и друштвене заједнице (Диркем)

| | Осећај индивидуе према припадности заједници | Утицај (контрола) заједнице према индивидуи |
|---------------|--|---|
| Сувише јак → | АЛТРУИЗАМ | ФАТАЛИЗАМ |
| Сувише слаб → | ЕГОИЗАМ | АНОМИЈА |

Диркем, у делу „Самоубиство“, где говори о постојању колективне склоности ка самоубиству, коју, по његовом мишљењу, свака друштвена заједница у већој или мањој мери има, пише: „Лична искуства, која се обично сматрају непосредним узроцима суицида ... су у ствари само одјек духовног стања друштва ... удари додуше и стижу споља, али не

од неког несрећног догађаја у животу самоубице, већ првенствено у зависности од групе којој припада“.

Потоњи аутори су критиковали, допуњавали, оспоравали или подржавали ставове Диркема, а поједини социолошко-суицидолошки оријентисани аутори су се окушавали и у покушају давања потпуно нових хипотеза.

Један од значајнијих доприноса дао је Даглас (141). Он критикује истраживања која се заснивају на минуциозној обради појединачних случајева (case study), питајући се који од њих репрезентује популацију, и у исто време запазио је да Диркем у заснивању својих ставова чак и нема методолошки утемељен основ, него је до свог тумачења узрочности самоубиства дошао више интуитивно него научном статистичко-аналитичком анализом чињеница.

Неки аутори самоубиства не разматрају, попут Диркема, у светлу глобалних друштвених кретања, већ више као индивидуалан процес који потом доводе у везу са социјалним чиниоцима. Знајући да је Диркем, пишући своје капитално дело, више тежио утемељењу оправданости социологије као самосталне науке, него објашњењу феномена самоубиства, закључује се да ни он ипак није могао да избегне афирмацију психолошког, јер потврђује постојање велике индивидуалне различитости у отпорности на подношење животних несрећа. (142–146)

Хенри и Шорт, према Милчинском (31), чине покушај оригиналне синтезе у разумевању аутоагресивности, са позиција не само социолошких и психолошких, већ и економских чинилаца (business cycle). У раду користе чак и поједине психоаналитичке појмове. Аутори се у раду значајно ослањају на службене статистичке податке.

Уопште, чини се да се већини европских социолога од краја XIX века наовамо свидела привидна чврстина коју је понудила статистичка обрада података, тако да су социолози са захвалношћу, у формирању својих поставки о самоубиству, користили чињенице које је понудила статистика. Тако се обично наводи да самоубиства има више код старијих особа, припадника мушког пола, градског становништва, атеиста, протестаната и православних, припадника беле расе, становника Средње и Северне Европе, у доба унутрашњих друштвених криза, у периоду без директних ратних дејстава,

код незапослених, разведених, без деце, усамљених, одраслих у условима разореног дома...

Осим увек присутне могућности грешке у закључивању, услед грешке посматрања и/или грешке мерења, поставља се и стално отворено питање: који су параметри стварно релевантни у процени суицидалног понашања? Као што је већ наведено у поглављу о епидемиологији и статистици суицидалног понашања, ово се неће моћи генерално решити. У Кини се чешће убијају жене, на Цејлону млади, у Ирској са порастом друштвеног стандарда расте број самоубистава... За одговор на ово питање у нашем друштву биће неопходно, у конкретном временском периоду, за конкретну територију и популацију, упознавање специфичних друштвених законитости, значаја посматраних варијабли по утицају и редоследу, као и интеракције међу њима.

О процени значаја различитих параметара од утицаја за суицидално понашање биће више речи у наредним поглављима, а највише у анализи и коментару резултата добијених овим истраживањем, чије је тежиште и на социјалној димензији људске егзистенције, и то како у психо-социјалном (веза са микросоцијалном средином), тако и у социокултурном (веза са макросоцијалном средином) контексту. (147–152)

1.7. ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПОРЕМЕЋАЈИ И САМОУБИСТВО

Сасвим је сигурно да је свако психијатријско обољење у мањој или већој мери суицидогено.

Пјер Морон, професор психијатрије, у „Енциклопедији психијатрије“

Анализа фактора ризика, као што се недвосмислено да закључити из наведеног у претходним поглављима, не може, по природи ствари, бити свеобухватна, а поготову не дефинитивна. Суштина није и не може бити обична дескрипција, проучавање спољашњег вида појава од утицаја на суицидално понашање, ма колико усавршили инструменте за

регистровање демографских, географских, културалних, религијских, хронобиолошких, метеоролошких, медијско-маркетиншких и иних фактора.

Од значаја је, пре свега, након неопходног стицања сазнања, напор усмерен ка суштинском разумевању суицидалног чина, у коме често недостаје логична евидентност. Ипак су неки фактори ризика, по себи, респектабилнији од других. Најзначајнији правац у истраживањима суицидалног понашања исходи из психијатријске тачке посматрања ствари.

Анксиозни поремећаји, депресија, шизофренија и други психотични поремећаји, злоупотреба психоактивних супстанци и поремечаји личности, били су и биће у центру истраживачких прегнућа у овој области.

У складу са предвиђеним опсегом овог рада, аутор не претендује да да целовит приказ садашњег познавања ове области. У наставку текста дат је приказ основних ставова о односу, према доступној литератури, највише изучаваних категорија менталних поремећаја и самоубиства.

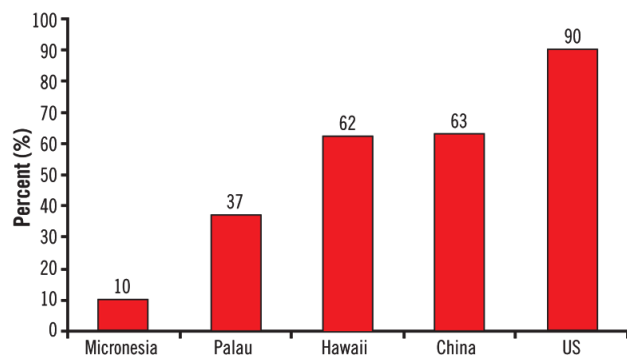
Преглед резултата истраживања различитих аутора, врло убедљиво, приказује процентуалну повезаност самоубиства и менталних поремећаја.

У истраживању које је приказано у Микронезији, ментални поремећаји се нису показали као значајан фактор суицида. Већина суицидалних особа нису показале висок проценат делинквентског понашања, психолошких поремећаја ни психотичних поремећаја. Само мали проценат жртава суицида показао је психопатолошка испољавања. (154) Нема видљивих образаца физичког или психичког обољења међу жртвама самоубиства. Међу жртвама са озбиљним менталним поремећајима, многи од њих су са дијагнозом шизофреније. Већина ових жртава су прошле третман у неком тренутку свог живота због своје менталне болести.

Међутим, поновљене студије проведене широм света у последње три деценије показују да је више од 90% жртава самоубиства имало психијатријски поремећај у време смрти. (28–30)

Графикон 2. Процент жртава суицида са психијатријским поремећајима (преузето из: Ran MS. Primary psychiatry. Vol 14; 11/2007)

**FIGURE 4
PERCENTAGE OF SUICIDE VICTIMS WITH PSYCHIATRIC
DISORDER**



US=United States.

Ran MS. Primary Psychiatry. Vol 14, No 11. 2007.

Табела 2. Психијатријске дијагнозе и стопа суицида (Преузето из: Rahel Eynan, Ravi Shah, Paul Links. Comorbid Clinical and personality disorders. Risk of suicide. Psychiatric Time; February 29, 2016).

| Psychiatric diagnosis | Lifetime Suicide Rate |
|--|-----------------------|
| General Population | 1 % |
| Patients with a previous suicide attempt | 27.5 % |
| Major Depression | 15 % |
| Bipolar Disorder | 15 % |
| OCD, Panic Disorder | 7-8 % |
| Schizophrenia | 6 % |

Табела 3. Психијатријски поремећаји и суицидални ризик (Преузето из: Daniele Tavares, Luciana Quevedo, Karen Jansen, Luciano Souza, Ricardo Pinheiro, Ricardo Silva. Prevalence of suicide risk and comorbidities. Rev. Bras. Psiquiatr. vol. 34 no. 3, São Paulo, Oct. 2012)

| Table 2 Psychiatric disorders and suicide risks | | | | |
|---|------------|--------------------|----------------------|---------|
| Variables | N (%) | Suicide risk N (%) | PR (CI 95%) | p-value |
| Mood Disorders | | | | |
| None | 727 (79.3) | 31 (4.3) | 1.00 | < 0.001 |
| Hypo (Manic) Episodes | 63 (6.8) | 15 (23.8) | 7.01 (3.54; 13.88) | |
| Depression | 78 (8.5) | 28 (35.9) | 12.57 (6.99; 22.59) | |
| Mixed Episodes | 49 (5.3) | 31 (63.3) | 38.67 (19.52; 76.57) | |
| Anxiety Disorders | | | | |
| Panic Disorder | | | | |
| No | 880 (96.6) | 89 (10.1) | 1.00 | < 0.001 |
| Yes | 31 (3.4) | 17 (54.8) | 5.42 (3.73; 7.89) | |
| Social Phobia | | | | |
| No | 837 (95.1) | 85 (9.7) | 1.00 | < 0.001 |
| Yes | 45 (4.9) | 20 (44.4) | 4.56 (3.11; 6.70) | |
| Generalized Anxiety Disorder | | | | |
| No | 806 (87.7) | 66 (8.2) | 1.00 | < 0.001 |
| Yes | 113 (3.6) | 40 (35.4) | 4.32 (3.08; 6.07) | |
| Obsessive-compulsive Disorder | | | | |
| No | 871 (94.8) | 87 (10.0) | 1.00 | < 0.001 |
| Yes | 48 (5.2) | 19 (39.6) | 3.96 (2.65; 5.93) | |
| Posttraumatic Stress Disorder | | | | |
| No | 886 (96.4) | 88 (9.9) | 1.00 | < 0.001 |
| Yes | 33 (3.6) | 18 (54.5) | 5.49 (3.80; 7.94) | |
| Number of Anxiety Disorders | | | | |
| None | 752 (82.6) | 52 (6.9) | 1.00 | < 0.001 |
| One | 89 (9.8) | 20 (22.5) | 3.90 (2.20; 6.91) | |
| Two or more | 69 (7.6) | 33 (47.8) | 12.34 (7.12; 21.39) | |

Међу самоубицама, дакле, приближно половина боловала је од поремећаја расположења, око четвртина припада поремећајима везаним за зависност од алкохола и других психоактивних супстанци, а око 5% шизофреним поремећајима. Водеће место, свакако, припада афективним поремећајима.

Национална студија о превенцији самоубиства у Финској, из 1993, указује на још већи проценат депресивних међу самоубицама. Према добијеним резултатима, 66% свих самоубица патило је од депресивног синдрома, при чему се 31% могло сврстати у категорију мајор депресије.

Истраживања заснована на студијама психолошке аутопсије, потврђују, уопште, врло висок степен корелације: више од 90% жртава самоубиства имало је дијагностикован психијатријски поремећај у време извршења. (155–157)

Према већини аутора, у структури самоубица проценат оних без психијатријске дијагнозе не прелази 10%. Колики је проценат самоубица унутар појединачних категорија менталних поремећаја?

Према најчешћим дијагностичким категоријама пацијената који су претходно били хоспитализовани, па је и психијатријска дијагностика резултовала прецизнијом дистинкцијом, у структури морталитета услед самоубиства, према резултатима follow-up студија, однос је приближно следећи: (158)

| | |
|---|--------|
| - биполарни афективни поремећај | 20% |
| - униполарна депресија | 15% |
| - шизофренија | 10% |
| - алкохолизам и зависност од других психоактивних супстанци | 18% |
| - поремећај личности (антисоцијални и гранични) | 5%–10% |

Лако је уочити да преостаје велики проценат хоспитализованих психијатријских пацијената који никада не почине самоубиство, а ако се узму у обзир и они који су се лечили само амбулантно, он је и већи.

Вајдер је с правом рекао да је сасвим сигурно да је свако психијатријско обољење у мањој или већој мери суицидогено. Међутим, суицидогени потенцијал психијатријских обољења, очигледно, не прелази увек праг реализације.

У чему се, дакле, особе које умиру због самоубиства, разликују од оних које га никад и не покушају, иако болују од истих или сличних психијатријских болести, а налазе се у приближно истом окружењу, психосоцијалним околностима и интерперсоналним релацијама? На ово питање нема јединственог одговора.

Они психијатријски болесници који себе лишавају живота имају учесталије суицидалне пориве, са субјективно јачим доживљајем губитка наде и депресивношћу у основи. Примећују мање разлога да живе, суочени са жестином душевне патње и неповољних животних догађаја. Та склоност ка интензивирању суицидалне идеације уз губитак наде често је узрокована хронифицирањем поремећаја са развојем компликација, честим релапсима, кратким и учесталијим хоспитализацијама. Абузус психоактивних супстанци, склоност агресивно-импулсивном понашању, виши IQ, херeditарна оптерећеност, придруженост више душевних и телесних болести, све то на неки начин може дати клиничарима важне индикаторе за процену евентуалног суицидалног исхода. (159–166)

Депресија је најучесталији психијатријски прекурсор за самоубиство, а на другом месту је алкохолизам и ментални поремећаји везани за друге психоактивне супстанце. Они, удружени, представљају, међу психијатријским поремећајима, најизвеснију леталну комбинацију. (167)

1.8. ТЕЛЕСНЕ БОЛЕСТИ И САМОУБИСТВО

Међу факторима ризика од значаја за самоубиство свакако је постојање телесних болести. Разлике у процени значаја постојања тешко излечиве или неизлечиве телесне болести код потоњих самоубица разликују се од аутора до аутора. Ипак, већина наводи да тешке хроничне болести, посебно малигне, повећавају ризик за самоубиство од 2 до 4 пута. (168)

Преваленција соматских болести код самоубица, нађена методом психолошке аутопсије, доста широко варира: између 16% и 70%.

Епидемиолошке студије, међу телесним болестима које су најчешће повезане са самоубиством, наводе, у првом реду, поред малигних болести, велики број неуролошких обољења. (169)

ТЕЛЕСНЕ БОЛЕСТИ НАЈЧЕШЋЕ ПОВЕЗАНЕ СА САМОУБИСТВОМ:

- Малигне неоплазме
- HIV (инфекција вирусом хумане имунодефицијенције) и AIDS
- Мултипла склероза
- Мождани удар
- Повреде мозга
- Повреде кичмене мождине
- Епилепсија
- Хантингтонова хореја
- Паркинсонова болест
- Амиотрофична латерална склероза
- Други телесни поремећаји: кардиоваскуларни (посебно са снижењем нивоа холестерола), гастроинтестинални (Кронова болест, улкусна болест), ренална инсуфицијенција, ендокрини поремећаји (јувенилни дијабетес, Кушингов синдром, тиреотоксикоза) и др.

Развој суицидалне идеације (суицидални процес) код оболелих од тешких телесних болести потиче из суочења са неминовношћу леталног исхода болести, коме претходи бол, страх и безнадежност, те се одлучују да пасивно ишчекивање краја прекрате сопственом акцијом – самоубиством.

Такође, и свест о будућој повећаној, па и тоталној, зависности од других, која је резултат напредујуће болести, може резултовати самоубилачким актом.

Сепарација од породице и вољених блиских особа, депривација у интерперсоналном, професионалном и ширем социјалном контексту, услед неопходности

да се брига о пацијенту услед прогресије болести све више пребацује на здравствену службу, за неке пацијенте су неподношљиве, и воде самоубиству. (170).

Неки од периода пре и током болести могу бити посебно критични:

1. **Пре** дефинитивног постављања дијагнозе (да ли сам заиста болестан, каква је дијагноза?).
2. **У време, и непосредно након** постављања дијагнозе (каква је прогноза, какве су могућности лечења?).
3. **Након** дефинитивног прихватања дијагнозе (пад самопоштовања услед настале инсуфицијентности, погоршање болести и сумња у успешност третмана, компликације, трошкови лечења...).

Искуство говори да је период са већим суцидалним ризиком онај у почетној фази болести. Такође, већи је ризик код млађих и до тада потпуно здравих особа.

Међу факторе ризика првог реда, код постојања телесних болести, спада, посебно, психијатријски коморбидитет и/или настанак психијатријских компликација: депресија, анксиозност, ментална дефицијенција, злоупотреба психоактивних супстанци, а посебно развој органског психосиндрома (према ICD 10: Органски укључујући симптоматски ментални поремећај – F00–F09).

Патологија која „инволвира“ централни нервни систем, било примарно (органски – у ужем смислу речи), било секундарно (симптоматски – где је мозак оштећен услед екстрацеребралног обољења), компромитујући когнитивне функције, перцепцију и емоције, може деловати у смислу ескалације депресивности, па и суцидалних идеја, и уз оштећење контролних инхибиторних механизма погодovati реализацији суицида. (171, 172)

1.9. СТРЕС, ПОРЕМЕЋАЈИ ПРИЛАГОЂАВАЊА И САМОУБИСТВО

Ова група поремећаја издвојена је јер се не идентификује само симптомима и њиховим развојем, него пре свега на основу неспорне узрочности, у смислу претходећег постојања стресора, без кога се поремећај не би појавио.

Значајност повезаности претходно претрпљеног стреса и потоњег суицидалног понашања илуструје и упутство из међународне десете класификације менталних поремећаја и поремећаја понашања (ICD-10), где дословце стоји: „Радње самоповређивања... које су тесно повезане са стресном ситуацијом или поремећајем прилагођавања, треба регистровати додатном шифром из поглавља XX, ICD-10.“

Стресор може бити двојак: (172)

1. краткотрајни жестоки трауматични животни догађај, након ког се развија последична акутна реакција на стрес (страх, очај, безнадежност, бес, агресија, дезоријентација) или посттрауматски стресни поремећај – ПТСП („flashback“, понашање избегавања, раздражљивост, претеране реакције на спољне дражи);

2. континуирани притисак неповољних животних околности који изазива поремећај прилагођавања на настале значајне животне промене, у виду клиничких форми реактивних стања: депресивног, анксиозно-депресивног типа или мешовитих поремећаја емоција и/или понашања.

Трауматски догађаји који могу изазвати поремећаје из ове групе тешко могу бити универзално прихваћени јер, како је још Епиктет приметио: „Људи нису узнемирени стварима по себи, већ својим погледом на њих.“

Унеколико је изузетак посттрауматски стресни поремећај (ПТСП), „...где је стресогени догађај изузетно јак и превазилази уобичајена људска искуства... са

могућношћу да изазове первазивну патњу скоро код сваке особе“ (Светска здравствена организација, 1992).

Ипак, и он се не јавља код свих особа. Тако, слична трауматска искуства која укључују озбиљну претњу психичком, телесном или породичном, професионалном и ширем социјалном функционисању, не изазивају код свих особа поремећаје, а ако их изазову, разликују се по интензитету симптома и трајања. (174)

Ова запажања природно су довела до развоја модела који прихвата и анализира постојање индивидуалних разлика у вулнерабилности на стрес (stress-diathesis model). (175)

Предиспозиција за суицидално понашање зависиће од међуодноса многих фактора, о којима је, понаособ, детаљно говорено у претходним поглављима:

- биолошких, пре свега генетски одређених реакција, у смислу последичног, стресом изазваног дезеквилибријума, норадренергичког, допаминергичког и серотонергичког система;
- психолошких аспеката (видети приказ модела „Сту of pain“);
- фамилијарних односа и околности у непосредном окружењу – ранија трауматска искуства, објектни односи, религиозни и културални утицаји;
- постојања психијатријских и/или телесних поремећаја;
- породичне и шире психосоцијалне подршке и др.

Познавање stress-diathesis модела и његових варијација кључни је детерминишући фактор при процени ризика да ли би под утицајем стресне ситуације или поремећаја прилагођавања могло доћи и до суицидалног акта. (176)

Међутим, за тематику овог рада од посебног су значаја стресне околности које карактерише обухватан и перманентан притисак услед генезе кризе на ширем социјалном плану, тако да њима не бива погођена само конкретна јединка, него и њој припадајућа група и шира друштвена заједница, што ће, између осталог, бити разматрано у тексту који следи. (177)

1.10. ПРОМЕНЕ У ДРУШТВУ И САМОУБИСТВО

Па ако је самоубиство и резултат једне индивидуалне одлуке, ни његова узрочност ни извршење нису у вакууму.

Данута Васерман, „Suicide – An unnecessary death“

Промене у друштву, као разлике у стањима друштвене структуре, делују на измене улога и положаја појединаца и група (социолошки појам друштвене покретљивости или мобилности). Промене у друштву су сталне, било у смислу развоја и напретка, било као стагнација, опадање, назадовање или распадање (аномија).

Као што је већ наведено у поглављу о социолошком приступу суицидалности, човек се посматра кроз визуру друштвених сила које индивидуална хтења могу појачавати, преформулисати или слабити, јер особа живи у друштву, па су зато њене друштвене активности и социокултурно понашање и, следствено, импликације друштвеног утицаја на суицидално понашање, главно подручје интересовања *социолошке суицидологије*. Научно утемељење социолошке суицидологије добија замаха током XIX и XX века.

Већ раније у овом раду истакнут је значај, у овој области, „угаоног камена“, незаобилазне монографије Емила Диркема (1858–1917) “Самоубиство”, из 1896. године. Он тврди да постоји нека врста колективне, наиндивидуалне, склоности ка самоубиству, коју, по њему, свака друштвена заједница у већој или мањој мери има, и каже: „... Лична искуства, која се обично сматрају непосредним узроцима суицида ... су у ствари само одјек духовног стања друштва ... удари додуше и стижу споља, али не од неког несрећног догађаја у животу самоубице, већ првенствено у зависности од групе којој припада“.

Да ли је од значаја, и у којој мери, за овакав његов став, чињеница да је Диркем, према *Oxford dictionary of sociology* (178), био пореклом из јеврејске породице, па и поред

несумњивог научног домета, због тадашњег антисемитског расположења у Француској, дуго био игнорисан у париским универзитетским круговима, није познато.

Осим стављања тежишта на пресудан утицај колективног на несвесном нивоу, нема веће разлике, у основи, између овог, социолошког, и психодинамског става, који износи Гинтер Амон у свом делу „Psychodynamik des Suizidgeshens“: „Човек је рођен у групи и у групи умире. Самоубиство је последица несвесне забране развоја идентитета од стране групе у којој човек егзистира, пошто је група та која дефинитивно одлучује да ли ће он остати у животу или починити самоубиство.“

Кључни утицај друштвене кризе, по Диркему, испољава се у појму аномије (изворно грчко значење ове речи је „безакоње“, док се у савременом енглеском језику, према *Oxford Dictionary*, тумачи као „губитак уобичајених стандарда доброг живљења“).

Према Кецмановићу (179), Диркем појму аномије даје двоструко обележје, посматрајући га као објективно друштвено стање са недовољно чврстим и непостојаним односима међу различитим социјалним функцијама, како наводи у књизи: „Подела друштвеног рада“, док у делу „Самоубиство“ сагледава појам и субјективно, као последично слабљење контроле страсти и жеља, стање болног немира и тескобе.

Повезаност између суицидалног морталитета и социјалне кризе није спорна, али критеријуми за процену утицаја друштвене кризе у смислу евалуације њених најзначајнијих фактора и дефинисања њиховог утицаја у социолошкој суицидологији нису јединствени.

Чињеница да друштво ставља свој печат и на тако лични чин као што је самоубиство, те да број суицида на дужи и краћи рок следи одређена друштвена кретања, за социологе није спорна још од времена Диркема. Штавише, иако артикулисане на нове начине, детерминанте на које је Диркем указао у својој пионирској студији о самоубиству (“Самоубиство”) делују и данас. Чак и његов наизглед лаконски закључак – да сиромаштво штити од самоубиства (*la misere protege*), упркос променама у обрасцима суицида у XX веку, остаје тачан на нивоу међународних поређења: што је једна земља богатија, то је виша стопа суицида у њој. Тако су данас у богатим северноевропским земљама, које уз то имају и врло мале неједнакости, стопе врло високе, док су у

најсиромашнијим земљама са највећим неједнакостима (мерено концентрацијом богатства), као што су земље Африке и Латинске Америке, врло ниске. На националним нивоима, ствари, међутим, стоје другачије – раст броја самоубиства заправо је најизраженији у оним регионима и међу оним социјално-професионалним категоријама које су најудаљеније од пута привредног напретка и богатства.

Подаци, дакле, упућују на то да у каузални ланац који повезује друштвени живот са индивидуалним чином самоубиства сада треба уметнути најмање једну нову карику: укупне ефекте које материјални услови имају на физичко и ментално стање индивидуа. (181)

И мада ни у XIX веку привредни развој није сам по себи сматран одговорним за узлет стопа самоубиства, већ целина друштвених преокрета који су са самоубиством повезани као његови услови или последице, данас је јасно и да се у друштвима где се развитак остварује једном предвидљивијом логиком која актерима дозвољава да у њега упишу своје личне стратегије, прогресију богатства не мора нужно да прати и континуирани пораст суицида. Уз то, подаци прикупљени у богатим развијеним земљама оповргли су и онај непосредни “морализаторски” закључак да се високе стопе суицида могу приписати самом богатству или неким друштвеним реалностима повезаним са њим – од засићења потреба, доколице, досаде, до немилосрдне конкуренције, успона индивидуализма, старења популације или отуђујуће урбанизације. Регионалне статистике три богате и развијене земље показују, наиме, да стопа самоубиства данас опада у мери у којој се иде (и како се иде) од најсиромашнијих региона према најбогатијим – у САД су, тако, стопе најниже управо у најурбанизованијим и најбогатијим регионима (Чикаго, Сан Франциско, Лос Анђелес, Њујорк), а највише у сиромашним периферијским регионима, док у Великој Британији и Француској највише стопе бележе области и градови са израженом дезиндустријализацијом и сиромаштвом (Бирмингем и Манчестер), а најниже они најдинамичнији и најбогатији (Париски басен).

Група америчких истраживача на Универзитету Мичиген, са Роналдом Инглхартом на челу, на основу “инвентара” моралних вредности које “анимирају” људе у великом броју земаља, састављаног од почетка 90-их година XX века, сачинила је једну сугестивну “картографију” доминантних система вредности у различитим земљама, полазећи од две

осе. Једна се односи, пре свега, на важност религије у животу испитаника, веровање у рај и пакао, ставове према смртној казни, разводу, еутаназији, самоубиству – и на основу ње аутори деле земље на “традиционалистичке” (где већина испитаника себе дефинише као вернике, снажно осуђује еутаназију, суицид и развод, благонаклона је према рестриктивним мерама у погледу имиграције, одобрава смртну казну, политички је на десници) и “лаичко-рационалне” (где су ставови већине испитаника о истим питањима дијаметрално супротни). Друга оса тиче се значења која се придају раду, па су тако на једној страни земље у којима већина, незадовољна својом материјалном ситуацијом, рад види као пуку “борбу за преживљавање”, извор прихода и сигурности, а у други план потискује лично, унутрашње интересовање за њега или за социјабилност везану за посао. На супротном полу су земље у којима се велика важност и у школи и у сфери рада придаје персоналном развоју и индивидуалном постигнућу, са етиком толеранције, респекта према другима и чврстим веровањем у предности демократије. (182)

На основу исте базе података, анализиран је ефекат расположивог богатства по становнику на самоубиство у 117 земаља, мерећи утицај пет међусобно корелираних варијабли: социјабилност, поверење у друге, религиозност, учесталост развода, БДП *per capita*. Његов закључак је да при осталим једнаким условима, социјабилност, поверење у друге и религиозност и данас умањују ризик од самоубиства, да га учесталост развода и слабљење религијске праксе (привредни раст фаворизује и једно и друго) повећава, те да богатство по глави становника, насупрот Диркемовом “*la misere protégé*”, заправо има и директни и индиректни заштитни ефекат, а “креативни индивидуализам”, социјабилност и поверење у друге јачи су у богатим, него у сиромашним земљама.

Н. Бургоа је, рецимо, конструисао прецизну слику за три последње деценије, која омогућава анализу односа између незапослености и самоубиства у Француској и између социјално-професионалне категорије и самоубиства, уз разликовање периода, старости и пола. На њој се уочава неколико битних карактеристика: људи без занимања много се више убијају од других, искуство незапослености је посебно трауматизујуће за младе јер им ускраћује приступ “огњишту вредности”, великој “логорској ватри света рада”, која, осим редовне плате, пружа и друштвени статус, признање од других, прилику да се

стекну пријатељи и непријатељи, регулисану употребу времена и простора, могућност планирања будућности. (183)

Другим речима, утицај незапослености на број суицида није аутоматски и директан, већ зависи од друштвеног, афективног и психолошког контекста у коме живе различите индивидуе, од ширине поља њихове могуће акције, од “мрежа солидарности” и подршке, места и статуса који “посао” заузима у њиховом животу и слично. У том светлу треба посматрати и податке који показују да је од Другог светског рата до данас стопа самоубистава најнижа међу интелектуалцима, стручњацима и либералним професијама, док се категорије најизложеније ризику мењају. Најпре су то били сељаци, а 60-их година, после дубоких трансформација које су погодиле сељачки свет и довеле до руралног егзодуса милиона људи и претварања сељака у индустријске раднике, највиша стопа “сели” се у радничке категорије. Пропаст “радничке класе” као друштвене групе, у контексту дезиндустријализације и глобализације, праћена је девалоризацијом радничког рада, слабљењем колективног отпора, кризом синдикалне борбености, а са доласком масовне незапослености и порастом расистичких тензија, није изменила основни тренд. Наиме, и у другој половини XX века, највише се убијају категорије на дну друштвене лествице. “Хијерархија несреће је”, пише Ј. Ц. Чеснаис, “негатив хијерархије друштвених статуса.” Повећање броја самоубистава код најнижих категорија (*les plus demunis*) П. Сураулт види као знак “промене која води ка дуалном друштву које карактерише настајање једног широког слоја искључених – из рада, из потрошње, становања, доколице, годишњих одмора, интернета, а који се репродукује из генерације у генерацију, без наде у друштвени успон”. (184)

Анкета коју је Ф. Херан провео осамдесетих у оквиру INSEE, потврдила је хипотезу о јачој интегрисаности виших друштвених слојева. Резултати су јасни: социјабилност је најинтензивнија у интелектуалним фракцијама виших друштвених слојева, док је код радника и сељака, на пример, знатно слабија, осим кад је реч о родбинским односима. Како се пењемо уз друштвену хијерархију, нарочито хијерархију диплома, расту и шансе за партиципацију у друштвеним асоцијацијама, културним, спортским, грађанским, асоцијацијама за одбрану неких колективних интереса – што

појединцима вероватно пружа сличне психолошке и моралне потпоре какве је у Диркемово време осигуравала црква и учествовање у парохијалним активностима.

Тезу да се “релациона изолованост” чешће среће на дну друштвене хијерархије, где се кумулирају и разни други социјални хендикепи (мали приходи, непоседовање дипломе, незапосленост, становање у “насељу”, осећање усамљености и досаде – нарочито код младих), као и да се социјална хијерархија социјабилности поклапа са социјалном хијерархијом самоубиства, потврдила су и бројна друга истраживања. То значи да општа Диркемова хипотеза о добробитима социјалне интеграције на неки начин важи и данас, али и да су сада најбогатије и најобразованије друштвене групе (класе у широком смислу) више интегрисане од других, а тиме и боље заштићене од ризика самоубиства. (185)

У сасвим супротној ситуацији налазе се они који су у “старијем” животном добу. Они уживају плодове бенефиција акумулираних у претходних 30 година привредне експанзије и нису у толикој мери погођени преокретом економске конјунктуре и напредујућом неолибералном политиком. Цео њихов живот одвијао се у доба пуне запослености, са константно растућим платама, релативно лаким стицањем стана, а у моменту пензионисања уживали су добробити од општег елана којим је узлет државе благостања означио њихове каријере, али и напретка медицине, који је донео повећање шанси за дуг живот.

Дакле, са реструктурирањем капиталистичке економије од друге половине седамдесетих надаље, млади су постали, уопште узевши, рањивији део популације, док су старији (остали) боље заштићени, па отуда спектакуларна модификација профила криве самоубиства по годинама старости уочена у свим земљама чланицама OECD-а директно упућује на дубоке промене “друштвеног садржаја” различитих старосних доба у истом историјском тренутку. Једине изузетке међу овим земљама представљају Јапан и Немачка, где стопе суицида у истом периоду опадају за све старосне групе. (186) На пример, истраживање из Ирске, за период 1968–2000, у први план ставља „... повезаност следећих социолошких и економских индикатора:

– бруто друштвени производ,

– стопу незапослености,

- учешће жена у броју запослених,
- потрошњу алкохола по глави становника,
- брачни статус,
- проценат деце рођене ван брака,
- стопу криминалитета,

са стопом самоубиства...“ (Луси *et al.* (2003).

У Летонији, као најзначајније демографске, социјалне и економске варијабле повезане са стопом самоубиства, 1980–1998. године (187), издвајају се: пол, припадност различитим етничким заједницама, бруто друштвени производ, незапосленост, потрошња алкохола и миграција становништва.

Нилеман и Луис (188), у великој еколошкој студији у 26 земаља, поред социоекономских околности, у везу са стопом самоубиства доводе и религиозну припадност.

Макинен (189), радећи на истраживању везе транзиционих процеса и самоубиства у 28 (укључујући и новонастале) источноевропских земаља и земаља бившег источног блока, анализира:

- промене у економској сфери (пре свега БДП и незапосленост);
- промене у друштвеној (дез)организацији, кроз промене у стопи криминалитета (првенствено стопа хомицида), са посебним освртом на процену стања у правосуђу;
- промене у потрошњи алкохола;
- општу политичку ситуацију (демократизацију), где су базичне варијабле национална и културална права мањина, слободни избори, независни медији, са бодовањем на скали од -4 до 4.

Повезаност између суицидалног морталитета и социјалне кризе у земљама у транзицији је очигледна. Макинен даје податак о процентуалној промени стопе самоубиства: за период 1984–1989. она износи -3,4, а за период 1989–1994. +13,6!

1.11. РАТ И ЕКОНОМСКА КРИЗА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Omnia iam fiunt, flert quae posse negebam, et nihil est, de quo non sit habenda fides.

(Доиста, све се догодило за шта сам тврдио да је немогуће и више ничега нема у шта не би могло да се поверује.)

Овидије



Који су параметри од значаја у процени утицаја друштвене кризе на суицидално понашање? За одговор на ово питање у неком друштву је неопходно, у конкретном временском периоду, за конкретну територију и популацију, упознавање специфичних друштвених законитости, значаја посматраних варијабли по утицају и редоследу, као и интеракције међу њима. Као што је већ истакнуто, за тематику овог рада од посебног су значаја стресне околности које карактерише обухватан и перманентан притисак услед генезе кризе на ширем социјалном плану, тако да њима не бива погођена само конкретна јединка, него и њој припадајућа група и шира друштвена заједница.

Илустрације ради, даћемо само краћи приказ елемената кризе и последичног социјалног стреса на просторима Републике Српске у последњим деценијама.

Након Другог светског рата, после обнове, у ондашњој Југославији, у прве три деценије остварен је веома успешан развој. И поред извесне стагнације и пораста инфлације у периоду 1981–1990, може се сматрати да је економски развој растао све до 1990, да би након тога, у последњој деценији двадесетог века, уследио стрмоглав пад.

Крајем 1990. и почетком 1991. дефинитивно се распало јединствено југословенско тржиште. У јуну 1991. распала се и Социјалистичка Федеративна Република Југославија, непосредно након тога почела је и велика југословенска ратна драма, распламсао се грађански (етнички и верски) рат, са свим последицама које он носи, на територијама бивше заједничке државе.

Рат у Босни и Херцеговини је војни сукоб на подручју Босне и Херцеговине, који је трајао од 1. марта 1992. до 21. новембра 1995. Овај рат се често описује и као грађански рат у Босни и Херцеговини; такође се назива и именима као што су одбрамбено-отаџбински рат (за Србе у Републици Српској), агресија на Босну и Херцеговину (за Бошњаке у Босни и Херцеговини), те домовински рат (за Хрвате у Босни и Херцеговини). (190)

Оружани сукоби су почели након референдума за независност који је одржан 29. фебруара и 1. марта 1992. године. Рат је завршен потписивањем Дејтонског споразума. Процењује се да је током рата расељено око 1.800.000 људи. Рат у БиХ није стога био само *bellum omnium contra omnes* у смислу стравичног разарања и немогућности успостављања

границе докле се сме ићи у ратној бестијалности. Међутим, биланс треба свакако навести: више од 100.000 мртвих, 2/3 индустрије је потпуно уништено, пола кућа и друштвених објеката девастирано, половина становништва расељена, сиромашна рурална популација је у огромном броју побегла пут градова. Када је Дејтонски споразум потписан новембра 1995, 1,2 милиона људи се налазило у статусу избеглица. (191)

Одсуство друштвене кохезивности, односно друштвене интеграције, у постратном периоду у РС и БиХ, утицало је на повећање броја самоубистава и покушаја извршења самоубистава. Грађани РС, али и непосредног окружења, били су притиснути низом личних, породичних и друштвених проблема. Посебно су били оптерећени стамбеним, материјалним, здравственим, психичким и другим проблемима, које нису били у стању да рационално решавају. Одређена стања безнађа у РС и БиХ доприносила су непрекидном порасту стопе помишљања на самоубиство, посебно код носиоца породице, тј. код мушкарца, што је карактеристика учесталости самоубистава у породицама са веома тешким социјалним и материјалним стањем.

У току ратног сукоба, а делимично и у постратним догађајима у РС и БиХ, степен нормираности друштва у коме живимо је био веома низак. Посебно се примећивало одсуство контроле појединца који је потенцијални самоубица, уз то и дезоријентисан, а коме нико не поклања пажњу. (192)

Тектонске друштвене промене и чести ратови имали су велике последице и различите облике. Одсуство друштвене нормираности допринело је да те девијације нису третиране у социолошком смислу, па је изостала друштвена интеграција и контрола која би довела до смањења броја самоубистава у РС. Пораст ових девијација у РС представља учесталу опасност по друштвени поредак, стечене системе вредности и мира. У времену свих превирања, рушењу застарелих облика друштвене организације и успостављању нових и наметнутих система вредности, стилова живота и културних вредности новог друштва, као превентивна и хитна, намеће се и указује потреба за ефикаснијим механизмима друштвене интеграције и друштвене контроле. Уз то, велика померања становништва и миграције из других урбаних средина, у току ратних догађаја,

довели су до немогућности друштвених институција РС да имају квалитетне показатеље о душевним стањима својих грађана.

Друштво у РС није имало могућност да контролише оне који су се преселили у другу средину, а такође ни могућност да те исте грађане врати у претходна места живота и квалитетно решава његове свакодневне проблеме. Грађани који су се и враћали у ранија места живота, разочарани због уништене имовине и немогућности да им се она обнови, због тешког преживљавања, одлучивали су се на самоубилачке подухвате. (193)

На тај начин човек је покушавао да реши питање живота и смрти, себе као индивидуе, али и проблем своје породице и друштва у коме та индивидуалност остварује право на живот, као и однос тог друштва и породице према њему.

Савремени ризични стилови живота, као што су зависност од дрога, проституција и алкохолизам, допринели су учесталости растурања брака као културне вредности стеченог и наслеђеног традиционалног начина живота човека у РС. Нови и наметнути стилови живота довели су до повећања броја самоубилачких поступака.

Постојање бројних ратних траума, са једне стране, и доступност оружја, са друге стране, допринели су повећању броја суицида. Тај број је већи посебно код ратних војних инвалида, који су у немогућности да квалитетно решавају своју ресоцијализацију у друштву, нису у могућности да се квалитетно лече, запошљавају, ступају у брак и решавају друга егзистенцијална питања. На основу тога је сасвим разумљиво зашто је степен благостања у односу на земље Југоисточне Европе био најнижи. (194)

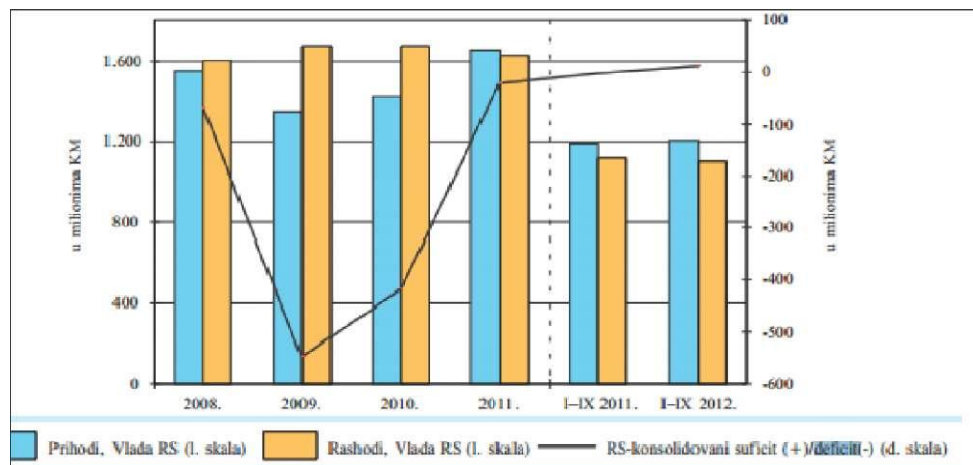
Наредне године су карактерисали мир, економски развој и, условно речено, стабилност. Стабилан период није трајао дуго, јер је већ од 2010. године почела да се осећа светска економска криза и на територији Републике Српске. У следећих неколико табела ћемо дати показатеље друштвено-економског развоја. (195)

Табела 4. Учешће буџетског дефицита у БДП-у Републике Српске у периоду 2007–2012. (у мил. КМ) (преузето из: Богдана Вујновић Глигорић, Антоније Пецикоза, “Утицај финансијске кризе на буџет Републике Српске”, Часопис за економију и тржишне комуникације, 2, 2013, 275–284)

| Категорије | 2007. | 2008. | 2009. | 2010. | 2011. | I–IX 2012. |
|-----------------------------|-------|-------|--------|--------|-------|---------------|
| Бруто друштвени производ | 7351 | 8489 | 8223 | 8308 | 8669 | 8594 |
| Буџетски дефицит | 26,7 | -68,5 | -546,3 | -417,7 | -126 | 41,8 |
| Учешће дефицита у БДП-у у % | 0,36 | -0,81 | -6,64 | -5,03 | -1,45 | 0,49 |

Када се планирани буџетски расходи и приходи ставе у однос са реализованим, може се уочити да су стварни буџетски расходи брже расли од буџетских прихода, што је имплицирало раст буџетског дефицита, посебно у 2009. и 2010. години. Учешће буџетског дефицита у БДП-у достигало је висину од 6,64% у 2009. години и 8,03 у 2010. години. (196) Следећим графиконом је представљена динамика консолидованог нето суфицита и дефицита.

Графикон 3. Приходи и расходи Владе РС и консолидовани нето суфицит (+)/ дефицит (-) (преузето из: Богдана Вујновић Глигорић, Антоније Пецикоза, “Утицај финансијске кризе на буџет Републике Српске”, Часопис за економију и тржишне комуникације, 2, 2013, 275–284)



Мере државе на пољу смањења дефицита су видљиве, али се поставља питање одрживости буџета на дужи рок. Одрживост је неупитна уколико се буџет темељи на стабилној структури прихода и расхода. Међутим, такву стабилност тешко може понудити неразвијена привреда и осиромашно становништво РС, оптерећено великим дуговима.

1.12. ПРЕДИКЦИЈА И ПРЕВЕНЦИЈА САМОУБИСТВА

Један од познатих суицидолога Рингел указао је на значај тзв. пресуицидалног синдрома да би упозорио на висок ризик да ће самоубиство бити остварено. Потенцијални самоубица показује симптоме прогресивног опадања интересовања, мотива и активности, прогресивно стешњење, појачану агресивност (ретрофлектирана агресивност) и самоубилачку фантазију.

Догађаји се, каже Рингел, описујући „пресуицидални синдром”, који је по њему и добио име, одвијају по извесном редоследу, донекле хронолошки поредани, мада фазе изостају, па се и прескачу, те сигуног реда и неке круте схеме нема. Овде ћемо дати само врло скраћен извод из опширнијих оригиналних Рингелових текстова. (198)

Фаза инсуфицијенције и сужавања

а) Инсуфицијенција може бити објективна, где човек или никако не може да обавља своје радне, па и свакодневне животне активности, а може бити и субјективна, тј. суицидант више субјективно доживљава немоћ него што би она заиста објективно била присутна. Страх је карактеристични афективни основни тон који прожима ову фазу пресуицидалног синдрома.

б) Сужавање („Einengung”) осећања на колосек жалости и бојазни. Синтимно дејство афекта је врло снажно, човек сам себе доводи у све јаче и дубље афективно стање (народни израз: “накурблага се”). Постоји деформација логике па се не виде конструктивна решења, већ само “капитулација”. Основни афективни тон је депресија.

в) Осиромашење међуљудских односа, које води у усамљеност и изолацију. Долази до комплетног „сужавања” личности и усмеравања на самоубиство (“нема куда...”, „не преостаје друго...”). У овој фази чешће долази до покушаја спасавања обраћањем другима – најаве (мање или више отворене), дискусија о проблему који га тишти са другима, обраћања стручњацима. Овај феномен би могао бити од значаја за превенцију самоубиства – уколико бисмо га учили на време и правилно протумачили. То је, каже Рингел, „хватање за сламку”. (199–204)

Фаза агресије

Накупљена агресија усмерена је углавном пут унутра, тј. према себи. Она би се могла окренути и према споља када личност не би била таква каква јесте. Међутим, ако се ипак окрене према споља – онда настаје пражњење. Агресија се не окреће према споља код: а) специјалне структуре личности, али и код б) опште психофизичке инхибиције и, најзад, в) услед недостатка међуљудских односа. У сваком случају, агресија се најзад окреће себи, и то је једно од највећих Фројдових открића („Свако самоубиство је једно спречено убиство”).

Рингел наглашава да се заокрет агресије нарочито убрзава ако постоји осећање кривице и тенденција за самокажњавањем (нарочито код ендogene депресије).

Фаза бекства у нереално

Ту постоји доминација фантазија у смислу негације стварности са мање-више формираним суицидалним фантазијама. Рингел разликује активне фантазије (донекле вољно изазване) и пасивне фантазије (оне које се саме намећу). Садржај тих фантазија је вишеструк: замишљање себе као покојног, размишљање „да се нешто учини” и фантазије о начину и техници самоубиства.

Фаза психичке анестезије

Ово је, у ствари, нека врста психогене дисоцијације личности. Личност се „цепа” на два колосека: један иде уобичајеним свакодневним путем текућег, реалног живота (нпр. заказивање пословних састанака за одређене термине), а други колосек иде потпуно линијом самоубијања и припрема за непосредно извршење. Касније упитан како тумачи ову очигледну неподударост и неспојивост супротности, самоубица који је преживео не може да да објашњење.

Рингел наводи да фаза психичке анестезије може да настане уместо бекства у нереално, али да то не треба сувише дословно схватити. Значај Рингеловог пресуицидалног синдрома за предикцију и, самим тим, за превенцију самоубиства, не треба посебно наглашавати. Благовремено препознавање наведених елемената пресуицидалног понашања омогућило би нам и благовремену интервенцију.

Поред тога, поставља се и теоријско питање аутохтоности пресуицидалног синдрома у односу на друге психијатријске поремећаје. Наиме, искусни клиничар препознаће у „елементима” пресуицидалног синдрома класичне депресивне симптоме (инсуфицијенција = пад виталних функција, сужавање, селективна апстракција итд.).

Не рачунајући неке аспекте примарне превенције, основни услов успешне (секундарне и терцијалне) превенције самоубиства јесте предикција. На несрећу, веровање да је суицидално понашање предвидиво, више је веровање у принцип него у чињенично стање. Како каже Дигори (205), „очекивање да је предикција суицида могућа, само је специјалан случај уобичајене научничке вере да универзум садржи чврсте регуле које могу бити откривене и протумачене рационалним истраживањима”.

Категорички одбацујући могућност валидне клиничке предикције од стране некаквог хипотетичног „експерта” као непоуздану и недоказану чињеницу и третирајући појам предикције као процену могућности јављања једног феномена на бази емпиријског проучавања његових релација са другим појавама, размотрићемо сада колико су наша очекивања од објективних предиктора заиста реална и методолошки заснована.

Предиктивни инструменти у принципу су конструисани као класификаторни, са имплицитном претпоставком да класе садрже довољно предиктивних атрибута који омогућују предикцију у односу на појединачног конституента одређене класе. Но, познајући сву предиктивну немоћ психијатријског дијагностичког класификаторног система и притом све поменуте проблеме који настају када се суицид покушава класификовати у одређену нозолошку категорију, долазимо до неизбежног закључка да овај принцип предикције не би био примерен специфичностима суицидалног

понашања. Сличан је случај са методама које за основ, уместо крутог класификаторног, узимају типолошки или неки специфични динамски приступ. У овој базичној методолошкој странпутици треба тражити изворе неуспеха класичних психолошких тестова у предикцији самоубиства, о чему ће још бити речи касније.

Други начин, који засад обећава знатно више, метод је статистичке контроле варијација одређених релевантних параметара у односу на чин који треба предвидети. Тако смо добили и различите демографске, клиничке и социоклиничке скале, а њихова шароликост указује на читав низ неразрешених теоријских и методолошких проблема. (206, 207)

Прегледом досадашњих истраживачких напора ка конструкцији предиктивног инструмента видимо да се, са изузетком пола и узраста, одабрани параметри умногоме разликују од аутора до аутора, од скале до скале.

Методолошки проблем који остаје и поред ових „побољшања” тиче се временског ограничења предикције. Теоретски посматрано, наш тип предикције (узимање података сада, да би се предвидело понашање убудуће) спада у прогресивне, део методологија, конструкције предиктивних инструмената, што самим тим доводи у питање њену адекватност. Предикција суицида у појединачном случају биће, дакле, ван домета само у случају да је задовољен услов *ceteris paribus*, у противном, временско ограничење предикције мора бити и максимално, а важност – тренутна. Наравно да би теза о „прима факторима” знатно разводнила овако суров методолошки зид и предикцију самоубиства довела до руба практичне примене. Из свега претходно наведеног, произлази да нам је за конструкцију инструмента за предикцију самоубиства као корак неопходна једна свеобухватна таксономија релевантних параметара који задовољавају критеријуме опште релијабилности и валидности, а да притом буду трансвременски – како у демографском, тако и у персоналном аспекту. (208)

Међутим, сама таксономија не пружа више могућности формирања једне таксономске, номиналне скале. Питање је како и од добијених елемената конструисати предиктивни инструмент.

Један од првих услова за конструисање метода који ће бити више од збира својих појединачних састојака јесте примена мултиваријантних статистичких поступака, којима се постиже могућност процене узајамног утицаја појединачних варијабли, било у смислу узајамног појачавања, било у смислу узајамног поништавања. Најфлексибилнији и (засад) најидеалнији за сврхе предикције (самоубиства) показао се метод мултипле регресивне анализе.

Међутим, иако мултиваријантне методе прижају читав низ предности, не смемо заборавити да ни најсавршенији статистички модел не може учинити инструмент валидним уколико његове полазне основе нису ваљане. (209, 210)

Мерило вредности једне предиктивне скале јесте број оних за које је она предвидела да ће извршити самоубиство, а који су се заиста и убили. Према моделу предиктивне вероватноће (211), успешност овакве скале (на страну тешкоће да се до ових података уопште дође) директно зависи од вероватноће *a priori*, односно од инциденције (стопе) самоубиства за популацију у којој желимо извршити предикцију.

Применом формуле за израчунавање вероватноће предикције долазимо, нажалост, до катастрофалног резултата. Инциденција самоубиства у општој популацији толико је мала да не омогућава предиктивну вероватноћу која би била вредна пажње. Чак и у случају популације неуропсихијатријских пацијената (чија се стопа од око 250 у просеку сматра веома високом), вероватноћа предикције не прелази ништавних 20%!?

Епидемиолошке студије кажу да од свих “угрожених група” највишу стопу самоубиства имају клијенти центара за интервенцију у кризи. Проспективне анализе извештавају о стопи од 500 до 1000, што поновном рачуницом повећава предиктивну вероватноћу на задовољавајућих 80% (код стопе 1000).

Нажалост, само мали број центара за превенцију самоубиства покрива тако велики број извршених самоубиства. Међутим, ако претпоставимо да су ови центри заиста ефикасни у превенцији суицида, онда је и нешто нижа стопа извршених самоубиства (она се обично креће око 500) вероватни показатељ знатно више “латентне” стопе (до које није дошло захваљујући активностима центра), те је, самим

тим, и вероватноћа предикције довољно велика да оправда констракцију предиктивног инструмента.

Износећи низ “суицидогених фактора”, сачинили смо основне контуре предикције самоубиства. Међутим, сви претходно изложени фактори имају, као што је већ поменуто, само корелате базиране на великим бројевима. Другим речима, повезаност наших фактора ризика са суицидом, који су изведени статистичким закључивањем на великом узорку, не морају се поновити у сваком посматраном примеру.

Највећи број аутора састављао је скале базиране на ендогеним факторима, са више или мање компликованим процедурама пондерисања и са више или мање успешним доказима валидности. (212)

Други су излаз тражили у психодијагностичким скалама, које су имале ту предност да су више прилагођене индивидуалном случају. Приступи су били различити: трагало се за тестовним индикаторима који се учестало јављају у суицидалној популацији (дакле – индуктивно) или су се откривали елементи некакве хипотетичне „суицидалне личности” (дедуктивно).

Ентузијазам објективизације који је владао у почетку експанзије психодијагностичких метода захватио је и суицидологију, односно уклопио се у њене потребе за егзактном дијагностиком и предикцијом самоубиства. Притом су претензије ишле изнад могућности.

Све ово почиње Роршаховом, да би се преко неких других пројективних техника завршило специјализованим скалама са инвентарима личности. У низу психодијагностичких инструмената који су понудили своје параметре у предикцији суицида, Роршахов метод заузима убедљиво најистакнутије место. У суицидолошкој литератури може се данас побројати више од тридесетак аутора који су на разне начине и са различитим резултатима истраживали суицид Роршаховом техником.

Међу онима који су, постулирајући „Роршахове хипотезе”, тражили њихову потврду у пракси, истиче се Бек (213), који је елементарну структуру суицида видео у

следећим чиниоцима: анксиозност која притискује (сенка-шок и/или преокупација сенком), неуротска структура (низак R, K и F%; висок A% и At; тенденција ка одбијању), перманентни унутрашњи конфликт (C шок, P = 0, ниско C, блокирани K, комбиновање K флексора са K екстензором, итд.), склоност интелектуализацији (најмање 4 K), низак праг осетљивости на опасност (сенка-шок на карти IV).

Третирајући суицид као форму „acting out-a”, очекује да ће се он рефлектовати кроз: све K одговоре, што би одражавало једну изванредну контролу као последицу екстремно пражњеног понашања; висок F+% (100%), који би говорио о постојању депресије као одбране од „acting out-a”; Dd тип одговора, што би означавало тип личности који је крајње перцептиван и детаљистички оријентисан; три и више C одговора, што би био одраз изванредне афективности.

Под утицајем психоаналитичке поставке да суицидант жели да буде поново рођен, постављена је хипотеза да ће такве личности на карти седам најчешће видети вагину (карлицу и сл.).

Следећи приступ је био на основу инвентара личности. Најпознатији од њих, ММРІ, будући сам по себи млађи метод, укључује се у ову трку знатно касније, али са великим амбицијама. Међутим, после бројних истраживања у којима су се користиле било стандардне скале, било профил-анализа, његове присталице морале су се, погнутих глава, сложити са констатацијом да ММРІ не може бити користан у прогнози самоубиства. На основу познавања фактора ризика биће могуће лоцирати ризичне групе, али процена суицидалног ризика за појединца остаће отворено питање. Поред познавања глобалних статистичких показатеља и минуциозне психолошке и психијатријске експлорације, уз уважавање ендогених и егзогених фактора постојећих у сваком конкретном случају, неће се моћи заобићи значај личности егзаминатора, његово знање и искуство, емпатијски и интуитивни потенцијали. (209)

Превенција самоубиства се заснива на откривању самоубилачки угрожених лица, попут старијих особа, адолесцената, хроничних неизлечивих болесника, људи у социјалној и личној кризи, ментално болесних, алкохоличара, наркомана и сл.

Категорију угрожених представљају посебно они који су већ покушали самоубиство. Подаци говоре о високој учесталости самоубиства међу онима који су покушали да се самоуниште. Сваки покушај самоубиства је дио самоубилачког понашања. (214)

За успешну превенцију потребно је препознавање пресуицидалног синдрома, који чини скуп симптома карактеристичних за душевно стање уочи самоубиства. Он се најчешће испољава у виду симптома који су међусобно повезани (215):

- прогресивно стјешњење – психичко и социјално ограничавање и осиромашење међуљудских односа;
- самоагресивност – неспособност усмеравања агресије према вани, што је повезано са ограниченошћу међуљудских односа у којима је могуће изразити агресију;
- бекство у иреалност – јачање суицидалне фантазије (мимо своје воље, особа се бави размишљањем о начину извршења самоубиства).

Савремена превенција подразумева постојање посебно организованих служби за прихватање и третман суицидално угрожених, попут центара за превенцију самоубиства, одељења за пружање помоћи у кризи, саветодавне службе (телефонска помоћ) и сл.

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

2.1. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Циљ овог истраживања је утврђивање и провера релевантних чињеница везаних за промене у суицидалном понашању, будући да је у последњој деценији двадесетог века и почетком овог века наша земља била изложена драматичним социоекономским и политичким променама, а нарочито детектовање података који би били од значаја за превенцију самоубиства.

Подаци добијени овим истраживањем биће од значаја за психијатре и психологе у клиничком раду, ментално-хигијенске стручњаке различитих профила и специјализоване организације и центре за превенцију самоубиства.

2.2. ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

1. Након рата, стопа самоубиства расте, са тенденцијом да надмаши стопу из мирнодопског периода, будући да се елементи друштвене кризе поново појављују, још драстичнији, у пуном светлу. (218, 221)
2. У друштвено стабилном периоду, стопа суицида пада, јер лоши социјални фактори престају да делују, па у први план избијају биолошки фактори који условљавају овакво понашање. (217, 219, 220)
3. Стопа самоубиства у региону развојем кризе има континуиран раст који у годинама економске кризе достиже максимум. У основи је претпоставка да је озбиљно ремећење економског стања друштва чинилац од битног значаја у доприносу порасту стопе суицида. (221, 223)
4. Осим промене у броју самоубиства, са ескалацијом друштвене кризе, мењају се и односи у структури података добијених психолошком аутопсијом. Ове промене су

израженије у области социодемографских и психо-социјалних података и података који су везани за суицидално понашање и околности извршења суицида, док у подручју психијатријских и психопатолошких података, сем мањих колебања, нема статистички значајних промена у односу на период пре кризе. (216, 218, 222)

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ РАДА

3.1. ВРСТА СТУДИЈЕ

Истраживање је било дизајнирано као проспективна клиничка студија.

3.2. ПОПУЛАЦИЈА КОЈА СЕ ИСТРАЖИВАЛА

У истраживању је коришћен метод психолошке аутопсије особа које су извршиле самоубиство. Анализа суицидалног чина је проведена у односу на особе које су живеле и извршиле суицид на територији општине Бања Лука. Истраживањем су обухваћене и околности у којима је самоубиство учињено. Такође, коришћена је и постојећа медицинска документација, уколико је постојала, и други материјални подаци који су садржавали податке о личном, породичном, професионалном и ширем психо-социјалном функционисању самоубице. Психолошка аутопсија притом није представљала пуко анкетирање и регистровање добијених података већ је захтевала обученост и искуство егзаминатора у смислу процене и интеграције добијених података.

Анкетиране особе су пре укључења у истраживање потписивале образац сагласности за учешће у студији, у складу са важећом регулативом и претходним одобрењем надлежног Етичког комитета.

Комплетан узорак је у погледу локализације ограничен на истраживано подручје, а основни подаци су добијени од надлежног Окружног тужилаштва. У време писања овог рада, овај простор насељава скоро 200.000 становника, а са приградским местима око 350.000 становника.

3.3. УЗОРАК

Узорак су представљале психолошке аутопсије особа које су живеле и извршиле суицид на територији општине Бања Лука, без обзира на то да ли су претходно лечени на Клиници за психијатрију Клиничког центра Бања Лука. Прву групу (100 психолошких аутопсија) чине психолошке аутопсије особа које су извршиле суицид у периоду између 1996. и 2000. године – непосредно након рата. Другу групу (100 психолошких аутопсија) чине психолошке аутопсије особа које су извршиле суицид у периоду између 2005. и 2010. године, у периоду стабилних друштвених збивања. Трећу групу (93 психолошке аутопсије) чине психолошке аутопсије особа које су извршиле суицид 2013. и 2014. године – у периоду који карактерише светска економска криза.

Критеријуми за укључивање: особе које су живеле и починиле суицид на територији општине Бања Лука.

Критеријуми за искључивање: Из истраживања су искључени случајеви који нису могли бити обрађени због несарадње родбине, промене места боравка или непотпуних података из других разлога.

3.4. ИСТРАЖИВАЊЕ

Подаци о особама које су извршиле суицид добијени су из Окружног тужилаштва Бања Лука, након прибављања сагласности за исто. Добијени подаци су се проверили у архиви Клинике за психијатрију Клиничког центра Бања Лука, првенствено у смислу да ли је суицидант лечен на психијатријском одељењу. За оне који су лечени узете су основне дијагнозе и подаци о лечењу. Након тога су телефонским путем контактирани чланови породица суициданата и заказивани су сусрети. На терен се одлазило у заказаним терминима и на лицу места су се прикупљали подаци потребни за психолошку аутопсију. Психолошка аутопсија је процедура у истрази смртог случаја кроз реконструкцију мисли

и осећања особе пре њене смрти. Реконструкција се заснива на информацијама скупљеним из личних докумената, медицинских извештаја, као и из личних разговора са породицом, пријатељима и особама које су биле у контакту са преминулим пре смрти. Упркос чињеници да се све психолошке аутопсије темеље на присећањима, која се могу сматрати субјективним, психолошка аутопсија, ипак, представља један од главних истражних алата кад је у питању разумевање нејасних околности смрти.

3.5. УПИТНИК ЗА ПСИХОЛОШКУ АУТОПСИЈУ

За наведено истраживање коришћен је психолошко-психијатријски интервју (хетероанамнеза) са особама чији су чланови породице извршили суицид, а тек након тога су испитаници попуњавали истраживачки упитник структуриран искључиво за потребе овог истраживања.

С обзиром на то да је психолошка аутопсија првенствено интервју, налази су се достављали у дескриптивном облику. У употреби су биле скале које процењују углавном психијатријске поремећаје који су довели до суицида. С обзиром на оригиналност теме, за формирање овог упитника коришћена је Колумбија – скала степена озбиљности суицида (The Columbia – Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS), супскала The Columbia – Suicide Severity Rating Scale – Lifetime Recent – клиничка верзија 1/14/09 (Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.). C-SSRS се интензивно користи и доступан је на преко 100 језика.

C-SSRS супскала Lifetime Recent – клиничка верзија 1/14/09 показује високу корелацију са Montgomery–Åsberg скалом процене депресије (Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale) – MADRS скалом ($R = 0,63$, $p < 0,001$; ефекат величине = 1,61), са Бековом скалом депресивности (Beck Depression Inventory) BDI, ($R = 0,80$, $p < 0,001$; ефекат величине = 2,66), MADRS супскалом суицидалних мисли ($R = 0,69$, $p < 0,001$; ефекат величине = 1,93) и BDI супскалом суицидалних мисли ($R = 0,51$, $p < 0,001$, величина ефекта = 1,19). C-SSRS имају висок степен поузданости ($\alpha = 0,89$). Скала има високу валидност, што потврђује низ високих корелација са резултатима на MADRS и BDI

($R = 0,63$, $R = 0,80$, $R = 0,69$ и $R = 0,51$). Ови налази указују на то да је C-SSRS погодна за процену суицидалног понашања у клиничким и истраживачким популацијама.

Питања C-SSRS супскеале Life time Recent – Clinical Version 1/14/09 дефинисана су у духу нашег језика, након чега је проведена пилот-студија на 30 психолошких аутопсија. Након две мање корекције, упитник је финализован.

Исти упитник је коришћен за психолошку аутопсију суициданата у сва три наведена временска периода.

3.6. ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ СЕ МЕРЕ

Независне варијабле: три временска периода у којима су се процењивале карактеристике суицидалног чина су били:

- први период: 1996–2000. година – непосредни послератни период;
- други период: 2005–2010. година – период стабилних друштвених збивања;
- трећи период: 2013. и 2014. година – период светске економске кризе.

Зависне варијабле:

Социодемографски подаци ће се пратити са 18 зависних варијабли:

1. Старост особе
2. Брачно стање
3. Да ли има децу
4. Школска спрема
5. Занимање
6. Национална припадност

7. Религијска припадност
8. Место боравка (село–град)
9. Подаци о миграцији током живота
10. Стамбено стање
11. Економска ситуација у којој је живео/живела
12. Некомплетна породица порекла
13. Потресни животни догађаји у претходних годину дана
14. Постојање конфликтних ситуација
15. Смрт блиске особе у последњих годину дана
16. Усамљеност (губитак контакта са људима)
17. Телесне болести и болови
18. Учешће у рату

Психопатолошки и психијатријски подаци ће се процењивати са 27 зависних варијабли:

1. Психијатријски хередитет
2. Психијатријско лечење
3. Употреба психофармака
4. Прекомерно коришћење алкохола или вид коришћења
5. Постојање реактивних стања
6. Присуство знакова можданог синдрома
7. Мнестичке сметње
8. Пад контролних механизма
9. Брига за телесно здравље
10. Анксиозност
11. Постојање осећања кривице
12. Депресивно расположење
13. Губитак интересовања

14. Пад физичке и менталне ефикасности
15. Социјална изолација
16. Губитак апетита
17. Поремећај спавања и сна
18. Осећање бесперспективности
19. Постојање бизарних мисаоних садржаја
20. Постојање халуцинација
21. Постојање концептуалне дезорганизације мишљења
22. Постојање маниризма
23. Постојање подозривости (сумњичавости)
24. Хостилност
25. Некооперативност
26. Агитираност
27. Преморбидна структура личности

Подаци о суицидалном понашању и околностима извршења суицида ће се пратити са девет зависних варијабли:

1. Раније суицидално понашање
2. Начин извршења суицида
3. Место извршења суицида
4. Да ли је био сам у време извршења суицида
5. Време откривања
6. Постојање опроштајног писма
7. Време суицида у односу на доба дана
8. Време суицида у односу на дан у недељи
9. Време суицида у односу на годишње доба

Добијени подаци у истраживању су презентовани текстуално, табеларно и графички.

3.7. СНАГА СТУДИЈЕ

На основу стандардних статистичких критеријума (снага студије – 0,80; вероватноћа α грешке – 0,05), двостраним тестирањем, за једнаке величине група, да би се пронашла значајна разлика у стопи незапослености у зависности од економске и политичке ситуације (а знамо да је стопа незапослености значајно повезана са скоком стопе суицидалности, па се може и очекивати да је незапосленост значајан предиктор суицидалности), при чему је стопа незапослености током економски стабилне ситуације била 9,7% ($p = 0,097$), а током економски нестабилне ситуације била је 24,2% ($p = 0,242$) (подаци су из рада: What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012), аутори: Rachiotis, Stuckler, McKee, Hadjichristodoulou), израчуната је потребна величина узорка уз помоћ пропорције за независне узорке, кориштењем G*Power 3.1, од 93 испитаника по групи.

3.8. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

За статистичку обраду података коришћена је дескриптивна статистика – аритметичка средина, стандардна девијација, интервали поверења, медијане, кватили, минимум, максимум и проценти. За поређење аритметичких средина једног обележја у два временска периода коришћени су независни т-тест и/или Ман-Витнијев тест. За поређење аритметичких средина једног обележја у три временска периода коришћена је анализа варијансе (ANOVA).

4. РЕЗУЛТАТИ

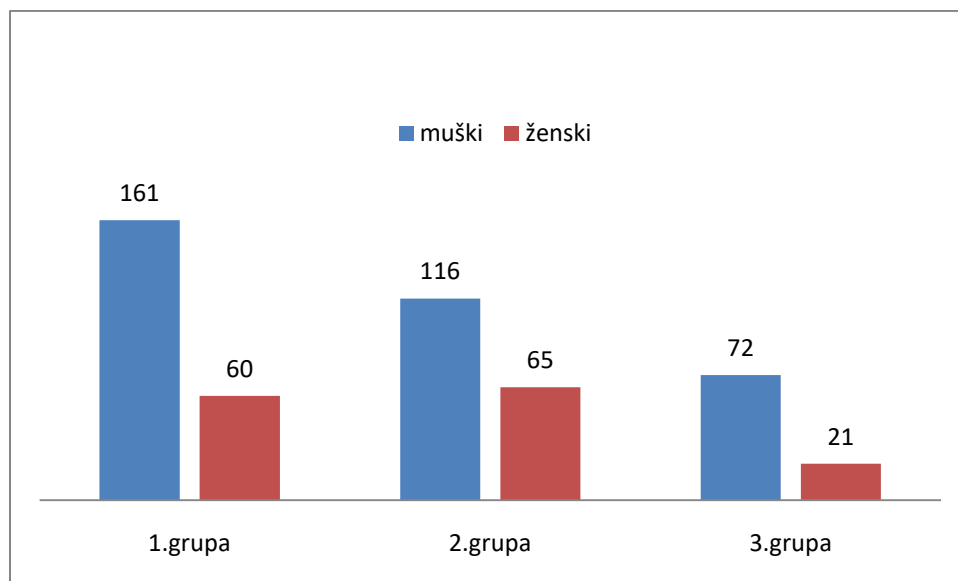
4.1. СТРУКТУРА УЗОРКА

4.1.1. Пол

Табела 5. Дистрибуција извршених суицида по полу у Бањој Луци

| ПОЛ | 1. група | 2. група | 3. група |
|--------|--------------|--------------|-------------|
| Мушки | 161 (72%) | 116 (64%) | 72 (77%) |
| Женски | 60 (28%) | 65 (36%) | 21 (23%) |
| Укупно | 221 | 181 | 93 |

Графикон 4. Дистрибуција извршених суицида по полу у Бањој Луци

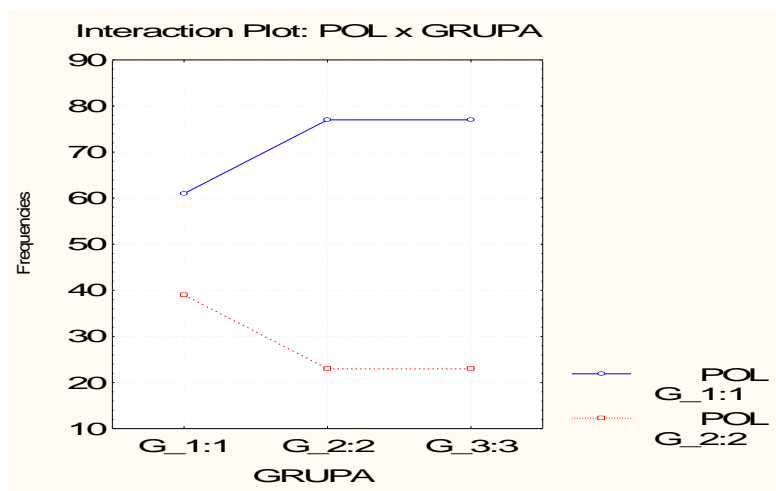


Табела 6. Дистрибуција по полу у нашем истраживању

| ПОЛ | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|--------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Мушки | 61 (61%) | 77 (77%) | 72 (77%) | 210 (23%) |
| Женски | 39 (39%) | 23 (23%) | 21 (23%) | 83 (23%) |
| Укупно | 100 (100%) | 100 (100%) | 93 (100%) | 293 (100%) |

Међу половима у нашем узорку постоји статистички значајна разлика у корист мушког пола (Chi square - 8,405; df = 2; p = 0,01497). У првом периоду, разлика међу половима је била мања (61% : 39%), док се у другом и трећем перуиоду та разлика повећава у корист мушког пола (77% : 23%).

Графикон 5. Дистрибуција по полу у нашем узорку



Табела 7. Дистрибуција по полу у нашем узорку у односу на дистрибуцију у Бањој Луци

| | | Период 1 | Период 2 | Период 3 | Укупно | Fisher тест |
|--------|-------------|----------------|----------------|---------------|----------------|-------------|
| Мушки | Бања Лука | 161 (72,5%) | 116 (60,1%) | 72 (50%) | 349 (62,4%) | |
| | Истраживање | 61 (27,5%) | 77 (39,9%) | 72 (50%) | 210 (37,6%) | |
| | Укупно | 222 (100%) | 193 (100%) | 144 (100%) | 559 (100%) | 0,343 |
| Женски | Бања Лука | 60 (60,6%) | 65 (73,8%) | 21 (50%) | 146 (63,7%) | |
| | Истраживање | 39 (39,4%) | 23 (26,2%) | 21 (50%) | 83 (36,3%) | |
| | Укупно | 99 (100%) | 88 (100%) | 42 (100%) | 229 (100%) | 0,476 |

Компарација података о полној заступљености у Бањој Луци и у овом истраживању не показује статистички значајну разлику, што значи да је узорак истраживања у односу на полну заступљеност репрезентативан.

4.1.2. Старост испитаника

Табела 8. Старост особа које су извршиле суицид у Бањој Луци у првом посматраном периоду

| Старост | 1996. | 1997. | 1998. | 1999. | 2000. | Укупно |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| До 18 год. | - | 3 | 1 | 1 | - | 5 |
| Од 18 до 30 | 5 | 9 | 6 | 11 | 3 | 34 |
| Од 31 до 50 | 20 | 8 | 12 | 10 | 13 | 63 |
| Преко 50 | 24 | 26 | 24 | 26 | 19 | 119 |

Табела 9. Старост прве групе испитаника

| Старост | 1996. | 1997. | 1998. | 1999. | 2000. | Укупно |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| До 18 год. | - | 1 | - | 1 | - | 2 |
| Од 18 до 30 | 1 | 4 | 5 | 4 | 3 | 17 |
| Од 31 до 50 | 6 | 3 | 5 | 4 | 3 | 21 |
| Преко 50 | 9 | 12 | 11 | 14 | 14 | 60 |

Табела 10. Старост особа које су извршиле суицид у Бањој Луци у другом посматраном периоду

| Старост | 2005. | 2006. | 2007. | 2008. | 2009. | 2010. | Укупно |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| До 18 год. | - | 1 | - | - | 1 | - | 2 |
| Од 18 до 30 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 21 |
| Од 31 до 50 | 10 | 9 | 9 | 5 | 8 | 5 | 46 |
| Преко 50 | 18 | 28 | 16 | 18 | 13 | 19 | 112 |

Табела 11. Старост друге групе испитаника

| Старост | 2005. | 2006. | 2007. | 2008. | 2009. | 2010. | Укупно |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| До 18 год. | - | 1 | - | 1 | - | - | 2 |
| Од 18 до 30 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 12 |
| Од 31 до 50 | 6 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 27 |
| Преко 50 | 9 | 11 | 9 | 8 | 8 | 14 | 59 |

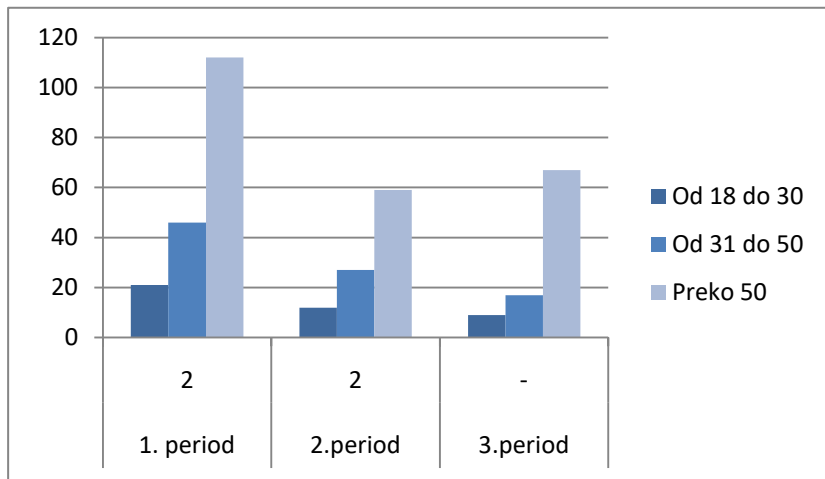
Табела 12. Старост особа које су извршиле суицид у Бањој Луци у трећем посматраном периоду

| Старост | 2013. | 2014. | 2015. | Укупно |
|--------------|-------|-------|-------|--------|
| До 18 година | - | - | - | - |
| Од 18 до 30 | 5 | 3 | 1 | 9 |
| Од 31 до 50 | 2 | 10 | 5 | 17 |
| Преко 50 | 16 | 21 | 30 | 67 |

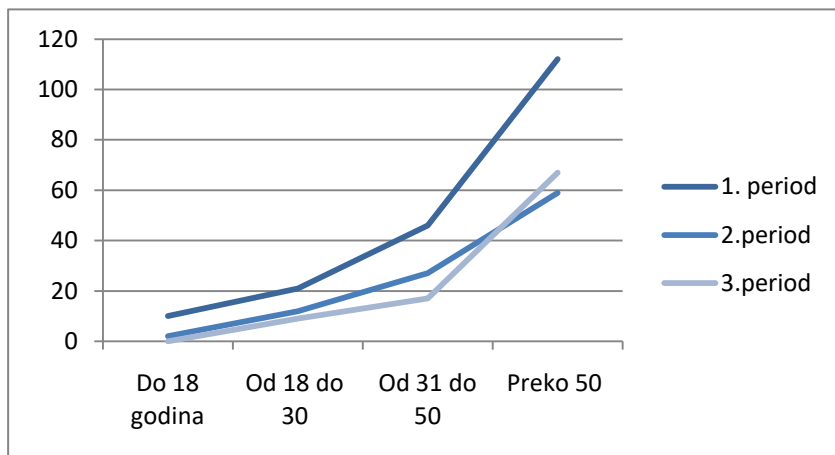
Табела 13. Старост треће групе испитаника

| Старост | 2013. | 2014. | 2015. | Укупно |
|--------------|-------|-------|-------|--------|
| До 18 година | - | - | - | - |
| Од 18 до 30 | 5 | 3 | 1 | 9 |
| Од 31 до 50 | 2 | 10 | 5 | 17 |
| Преко 50 | 16 | 21 | 30 | 67 |

Графикон 6. Старост суицидалних особа у посматраним периодима



Графикон 7. Старост суицидалних особа у посматраним периодима

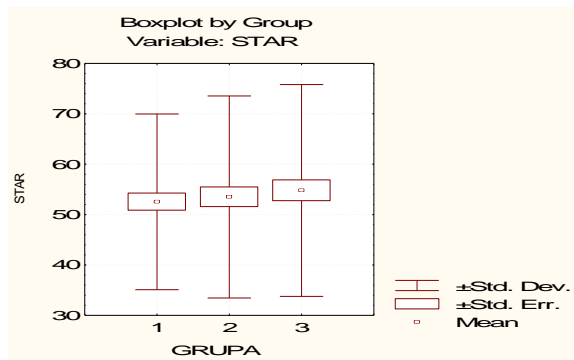


Табела 14. Старост испитаника по групама

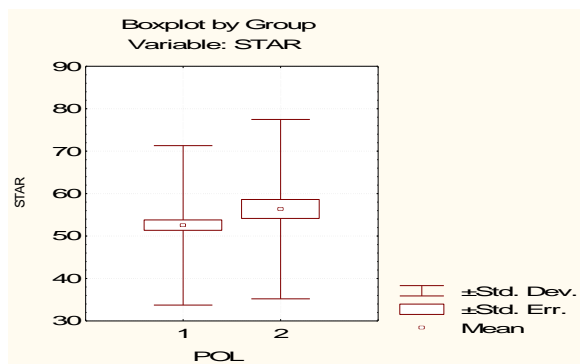
| Групе | Mean | SD | F ration variance | F ration variance | F ration variance | p | p | P | F ration variance | p |
|-------|-------|-------|----------------------|----------------------|--------------------------|------|------|--------------------------|----------------------|------|
| Прва | 52,53 | 17,43 | 1,32 | 1,09 | групе 1. и 3. 1,45 | 0,16 | 0,63 | групе 1. и 3. 0,06 | 0,66 | 0,41 |
| Друга | 53,50 | 20,04 | | | | | | | | |
| Трећа | 54,79 | 20,02 | | | | | | | | |

У односу на дистрибуцију старости испитаника нема статистички значајне разлике ни на унутаргрупном ни на међугрупном нивоу. Просечна старост у време извршења суицида је преко 50 година у свим групама.

Графикон 8. Старост испитаника по групама



Графикон 9. Старост испитаника по полу



Колмогоров–Смирнов тест

Просечна старост мушког пола је 56,52 године (SD: 18,77), а женског 52,34 године (SD: 21,13). Анализа ($\chi^2 = 2,417137$, $df = 1$, $p = 0,1200$) показује да, у односу на старост, међу половима нема статистички значајне разлике. У првој групи просечна старост мушког пола је 52,26, а женског 52,84 године. У другој групи је просечна старост мушкараца 57,82, а жена 52,20 година, док је у трећој групи тај однос 60,60 година: 53,05 година за жене.

4.1.3. Брачно стање

Табела 15. Брачни статус

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Неожењен/ живи сам | 8 | 2 | 6 |
| Неожењен/ живи са породицом | 23 | 19 | 11 |
| Ожењен | 44 | 49 | 48 |
| Ванбрачна веза | 11 | 6 | 8 |
| Разведен/ живи сам | 4 | 8 | 7 |
| Разведен/ живи са породицом | 3 | 4 | 6 |
| Удовац/удовица | 17 | 12 | 7 |

У односу на брачни статус особа које су извршиле суицид у различитим периодима, не постоји статистички значајна разлика ($\chi^2 = 139,123$; $df = 12$; $p = 0,1976$).

4.1.4. Деца

Табела 16. Деца

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Нема деце | 38 | 24 | 21 |
| Има децу, али није у контакту са њима | 3 | 2 | 2 |
| Има децу, али је у слабијем контакту | 4 | 4 | 2 |
| Има децу и у контакту је са њима | 6 | 4 | 7 |
| Има децу и живи са њима | 49 | 66 | 61 |

Разлика међу групама у односу на децу је статистички значајна ($\chi^2 = 4,020$; $df = 8$; $p = 0,000$). Највећи број особа које су извршиле суицид, а које нису имале децу је у првом периоду, док су у другом и трећем периоду доминирале особе које су имале децу.

Табела 17. Брак и деца код особа са извршеним суицидом

| Variance/Covariance Matrix (baza293) Variances and covariances for the vectors in the design matrix X | | | | | |
|---|---------|--------|----------|----------|----------|
| | Columns | Effect | BRAK | DECA | PERIOD |
| Intercept | 1 | Fixed | | | |
| BRAK | 2 | Fixed | 2,179008 | 0,769388 | 0,379195 |
| DECA | 3 | Fixed | 0,769388 | 2,173195 | 0,617450 |
| PERIOD | 4 | | 0,379195 | 0,617450 | 0,671141 |

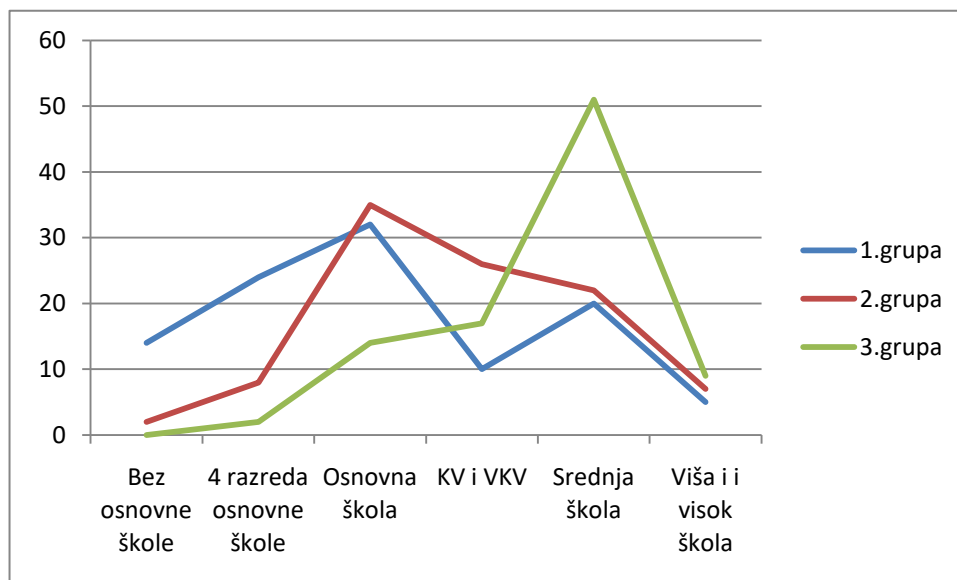
Укрштањем података да ли су особе које су извршиле суицид биле у браку и да ли су имали децу није добијена статистички значајна разлика. Анализа коваријансе је 0,6711.

4.1.5. Школска спрема

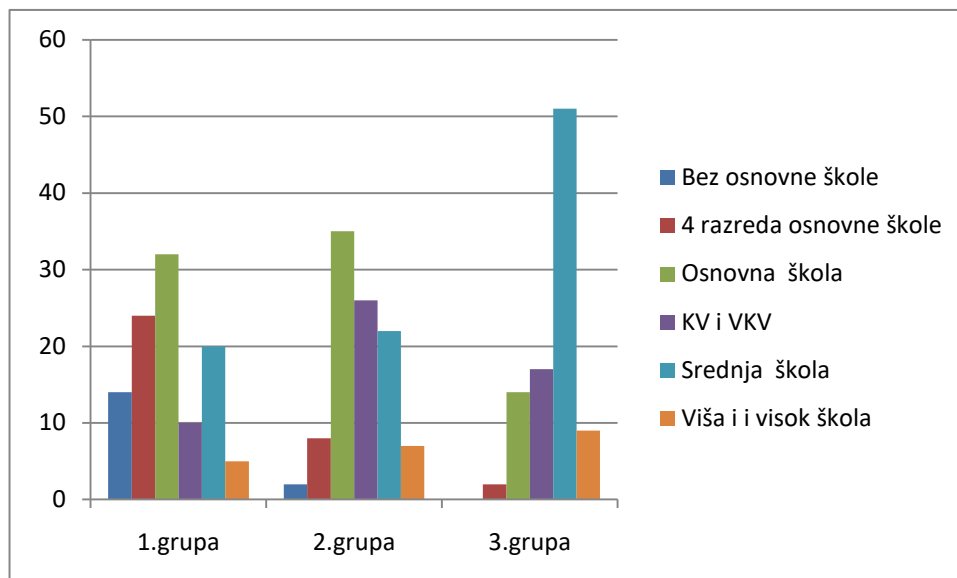
Табела 18. Школска спрема

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Без основне школе | 14 | 2 | 0 |
| Четири разреда основне школе | 24 | 8 | 2 |
| Основна школа | 32 | 35 | 14 |
| КВ и ВКВ | 10 | 26 | 17 |
| Средња школа | 20 | 22 | 51 |
| Виша и висока школа | 5 | 7 | 9 |

Графикон 10. Школска спрема



Графикон 11. Школска спрема суициданата у посматраним периодима



У односу на ниво образовања постоји статистички значајна разлика у односу на особе које су извршиле суицид ($\chi^2 = 107,911$; $df = 10$; $p = 0,000$). У послератном периоду, то су у 75% случајева биле особе са нижим образовањем, а у стабилном периоду и периоду економске кризе то су биле особе са средњом школом.

4.1.6. Занимање

Табела 19. Занимање

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|-------------|----------|----------|----------|
| Радник | 32 | 21 | 17 |
| Земљорадник | 11 | 10 | 7 |
| Занатлија | 1 | 7 | 6 |
| Домаћица | 9 | 12 | 13 |
| Службеник | 3 | 17 | 3 |

| | | | |
|----------------------|----|----|----|
| Интелектуални радник | 1 | 3 | 2 |
| Студент, ученик | 2 | 2 | 1 |
| Пензионер | 21 | 13 | 28 |
| Незапослен | 20 | 15 | 16 |

Добијена разлика је статистички значајна ($\text{Chi square} = 41,123$; $\text{df} = 16$; $p = 0,00054$). У свим периодима се издвајају незапослени. Осим тога, у првом периоду су били заступљени радници, у стабилном периоду радници и службеници, а у време економске кризе пензионери.

4.1.7. Економска ситуација

Табела 20. Економска ситуација

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| Одлична | 4 | 8 | 5 |
| Углавном добра | 22 | 25 | 26 |
| Задовољавајућа | 34 | 28 | 32 |
| Углавном лоша | 19 | 26 | 16 |
| Незадовољавајућа | 21 | 13 | 14 |

Добијена разлика у односу на понуђене одговоре није била статистички значајна ($\text{Chi square} = 2,960$; $\text{df} = 4$; $p = 0,56450$).

4.1.8. Услови становања

Табела 21. Услови становања

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| Решено | 56 | 67 | 63 |
| Делимично решено | 20 | 23 | 19 |
| Нерешено | 24 | 10 | 11 |

Анализирајући промене током три периода, нисмо установили статистички значајну разлику ($\text{Chi square} = 4,800$; $\text{df} = 2$; $p = 0,09073$).

4.1.9. Место становања

Табела 22. Место становања

| Место | 1. група | 2. група | 3. група |
|-------|-------------|-------------|-------------|
| Село | 71 | 43 | 32 |
| Град | 29 | 57 | 61 |

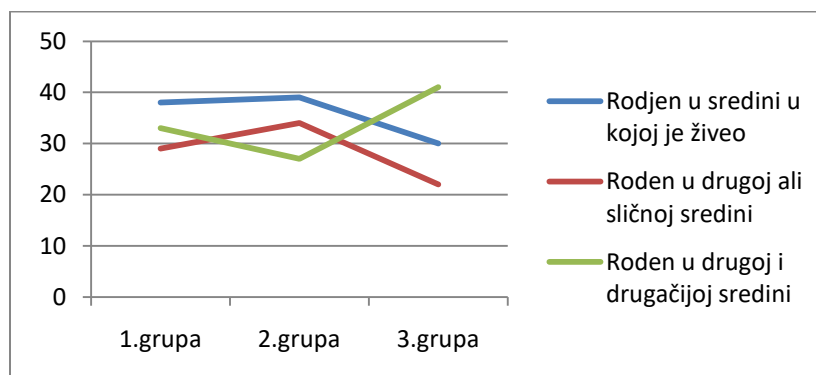
Статистички значајна разлика је добијена и у анализи места становања особа које су починиле суицид ($\text{Chi square} = 31,092$; $\text{df} = 2$; $p = 0,000$). Док су у постратном периоду у извршеним суицидима доминирале особе које су живеле на селу, у наредном, стабилном периоду долази до приближавања процената. У време економске кризе су то биле у већем проценту особе из града.

4.1.10. Миграција

Табела 23. Миграција

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Рођен у средини у којој је живео | 38 | 39 | 30 |
| Рођен у другој, али сличној средини | 29 | 34 | 22 |
| Рођен у другој и другачијој средини | 33 | 27 | 41 |

Графикон 12. Миграције



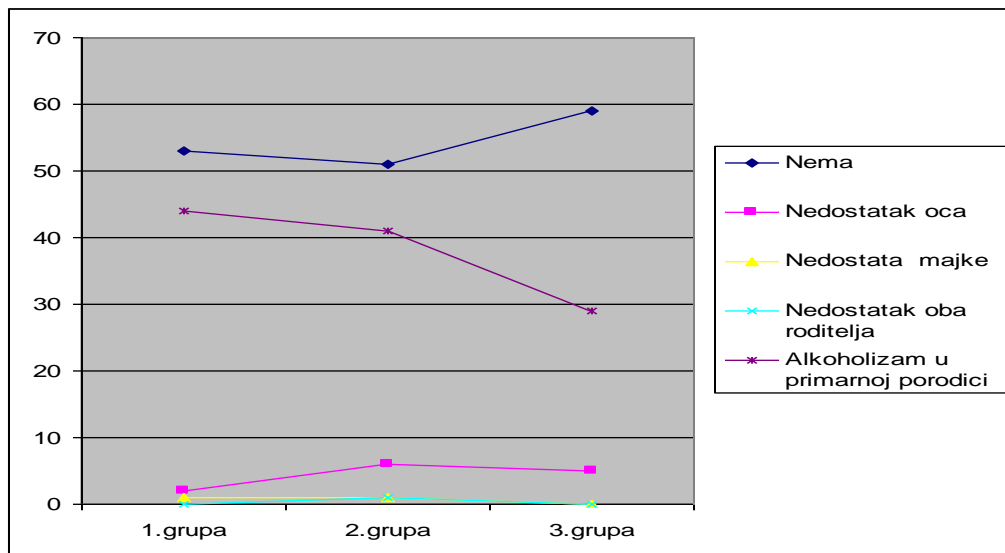
Добијена разлика је статистички значајна ($\text{Chi square} = 63,600$; $\text{df} = 6$; $p = 0,000$). Процентуална заступљеност особа рођених у средини у којој су живели је углавном стабилан. Особе које су прешле у другу, сличну средину су извршавале суицид углавном у првом и другом опсервираном периоду, и то око 50% случајева. Особе које су прешле у другачију средину су највише суицида извршиле у трећем посматраном периоду.

4.1.11. Самоубиство и разорени дом

Табела 24. Разорени дом

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 53 | 51 | 59 |
| Недостатак оца | 2 | 6 | 5 |
| Недостатак мајке | 1 | 1 | 0 |
| Недостатак оба родитеља | 0 | 1 | 0 |
| Алкохолизам у примарној породици | 44 | 41 | 29 |

Графикон 13. Разорени дом



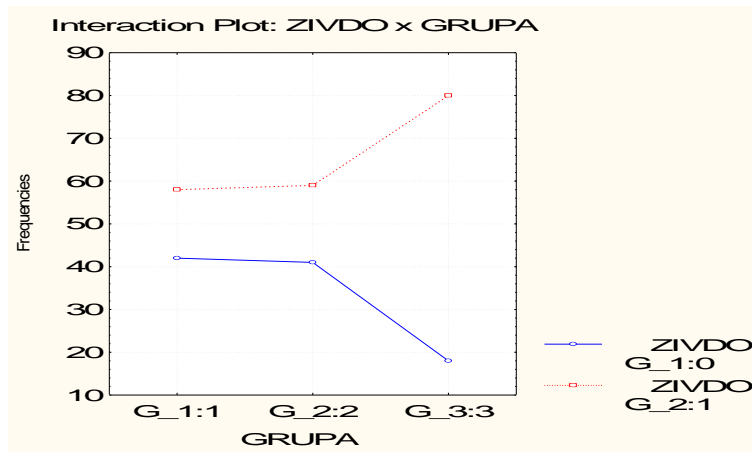
Добијена разлика у односу на разорени дом није статистички значајна ($\text{Chi square} = 0,733$; $\text{df} = 2$; $p = 0,69331$).

4.1.12. Стресни животни догађаји

Табела 25. Стресни животни догађаји

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Није било | 42 | 41 | 18 |
| Било је | 58 | 59 | 75 |

Графикон 14. Стресни животни догађаји



У односу на животне догађаје, постоји статистички значајна разлика (Chi square - 15,731; $df = 2$; $p = 0,00038$). Интересантно је запазити да су у свим периодима заступљеније особе које су имале неповољни животни догађај у претходних годину дана, док је та разлика најизраженија у последњем периоду.

4.1.13. Постојање конфликтних ситуација пре суицида

Табела 26. Конфликт пре суицида

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 55 | 52 | 58 |
| У интерперс. | 14 | 12 | 6 |
| На рад. месту | 3 | 7 | 5 |
| Са чл. породице | 15 | 19 | 18 |
| Са партнером | 13 | 10 | 6 |

Добијена разлика није статистички значајна (Chi square - 10,520; df = 8; p = 0,23047).

4.1.14. Смртни случајеви блиских особа пре суицида

Табела 27. Смртни случајеви пре суицида

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Није било | 79 | 82 | 73 |
| Било је | 21 | 18 | 20 |

Добијена разлика није статистички значајна (Chi square - 0,996; df = 2; p = 0,36866).

4.1.15. Телесне болести

Табела 28. Телесне болести код суицидалних особа

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Није било | 62 | 71 | 66 |
| Повремене | 23 | 19 | 13 |
| Хроничне | 15 | 10 | 14 |

У односу на телесне болести није добијена статистички значајна разлика (Chi square = 7,137; df = 4; p = 0,0945).

4.1.16. Учешће у рату

Табела 29. Учешће у рату

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|--|-------------|-------------|-------------|
| 1. Није учествовао и није се оптерећивао | 21 | 24 | 31 |
| 2. Није учествовао, али се оптерећивао | 32 | 47 | 32 |
| 3. Учествовао је као добровољац | 19 | 12 | 13 |
| 4. Био мобилисан и учествовао у рату | 21 | 15 | 16 |
| 5. Био мобилисан у резервни састав | 7 | 2 | 1 |

Добијена разлика је статистички значајна (Chi square = 13,740; df = 8; p = 0,0484).

4.2. КАРАКТЕРИСТИКЕ ГРУПА У ОДНОСУ НА ПСИХОЛОШКЕ И ПСИХОПАТОЛОШКЕ ПОДАТКЕ

4.2.1. Психијатријски хередитет

Табела 30.

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 39 | 42 | 37 |
| Има | 61 | 58 | 56 |

Добијена разлика није статистички значајна ($\text{Chi square} = 8,256$; $\text{df} = 2$; $p = 0,1612$).

Интересантно је запазити да од 56% до 61% починилаца суицида имају позитиван психијатријски хередитет. Највише извршилаца суицида са позитивним психијатријским хередитетом је било у првом периоду.

4.2.2. Психијатријске душевне болести у породици (без алкохолизма)

Табела 31. Психијатријске душевне болести у породици

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 62 | 66 | 53 |
| Има | 38 | 34 | 40 |

Добијена разлика није статистички значајна ($\text{Chi square} = 1,789$; $\text{df} = 2$; $p = 0,408$).

4.2.3. Алкоголизам у породици

Табела 32. Алкоголизам у породици

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 54 | 57 | 56 |
| Има | 46 | 43 | 47 |

Добијена разлика није статистички значајна (Chi square = 2,510; df = 2; p = 0,28502).

4.2.4. Суицид у породици

Табела 33. Суицид у породици

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 67 | 76 | 64 |
| Има | 33 | 24 | 29 |

Добијена разлика није статистички значајна (Chi square = 4,368; df = 2; p = 0,11261).

4.2.5. Психијатријско лечење суцидалне особе

Табела 34. Психијатријско лечење особа које су извршиле суицид

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 72 | 71 | 72 |
| Има | 28 | 29 | 21 |

Добијена разлика није статистички значајна ($\text{Chi square} = 0,099$; $\text{df} = 2$; $p = 0,95161$).

4.2.6. Употреба психофармака код суициданата

Табела 35. Употреба психофармака

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|------|-------------|-------------|-------------|
| Нема | 65 | 64 | 56 |
| Има | 35 | 36 | 37 |

Добијена разлика није статистички значајна ($\text{Chi square} = 0,189$; $\text{df} = 2$; $p = 0,90978$).

4.2.7. Депресивност

Табела 36. Депресивност

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| Без депресивности | 47 | 58 | 48 |
| Могућа депресивност | 29 | 11 | 22 |
| Депресивност | 24 | 31 | 23 |

Добијена разлика је статистички значајна ($\text{Chi square} = 10,234$; $\text{df} = 4$; $p = 0,0366$). Од 42% до 53% особа које су извршиле суицид су имале депресивност. С обзиром на проток времена, уз присећање особа које су анкетирани, успели смо само да екстрахујемо симптоме депресивности, док нозолошка припадност није могла да се одреди.

Табела 37. Симптоми депресивности

| D | ГРУПА 1 | ГРУПА 2 | ГРУПА 3 |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Псих. хередитет | 32 | 20 | 21 |
| Псих. лечење | 0 | 1 | 1 |
| Употреба психофармака | 3 | 2 | 2 |
| Алкохолизам | 14 | 25 | 22 |
| Стрес | 12 | 2 | 5 |
| Органицитет | 7 | 1 | 7 |
| Проблем памћења | 8 | 3 | 6 |
| Пад конт. механизма | 14 | 21 | 16 |
| Брига за тел. здравље | 5 | 7 | 2 |
| Анксиозност | 14 | 10 | 25 |
| Осећај кривице | 26 | 23 | 38 |
| Депр. расположење | 48 | 43 | 45 |
| Губитак интересовања | 35 | 40 | 37 |
| Пад ефикасности | 35 | 34 | 36 |
| Социјална изолација | 35 | 21 | 48 |
| Губитак апетита | 41 | 30 | 45 |
| Поремећај сна | 44 | 40 | 32 |
| Бесперспективност | 22 | 36 | 39 |
| Сумњичавост | 6 | 12 | 12 |
| Агитираност | 23 | 17 | 33 |

4.2.8. Психотични процес

Табела 38. Психотични процес

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Без психотичности | 81 | 81 | 79 | 241 |
| Могућа психотичност | 13 | 10 | 17 | 40 |
| Психотични | 6 | 9 | 4 | 19 |

Добијена разлика није статистички значајна ($\chi^2 = 0,19230$; $df = 4$; $p = 0,9956$).

Табела 39. Симптоми психотичног процеса

| Sch | ГРУПА 1 | ГРУПА 2 | ГРУПА 3 |
|-----------------------|---------|---------|---------|
| Псих. хередитет | 18 | 13 | 21 |
| Псих. лечење | 13 | 7 | 9 |
| Употреба психофармака | 13 | 8 | 9 |
| Алкохолизам | 6 | 5 | 4 |
| Органицитет | 2 | 5 | 6 |
| Проблем памћења | 4 | 0 | 1 |
| Пад конт. механизма | 2 | 3 | 4 |
| Анксиозност | 4 | 1 | 0 |
| Халуцинације | 6 | 11 | 2 |

| | | | |
|--------------------------|----|----|----|
| Депр. расположење | 0 | 1 | 2 |
| Губитак интересовања | 11 | 19 | 20 |
| Пад ефикасности | 11 | 19 | 20 |
| Бизарни мисаони садржаји | 8 | 12 | 13 |
| Маниризам | 4 | 1 | 1 |
| Дезорганизовано мишљење | 11 | 17 | 19 |
| Сумњичавост | 7 | 14 | 9 |
| Хостилност | 11 | 10 | 10 |

Најчешће навођен симптом је пад ефикасности, интересовања и халуцинаторна активност.

4.2.9. Органски мождани синдром

Табела 40. Органски мождани синдром

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Без органицитета | 46 | 58 | 41 |
| Могући органицитет | 43 | 29 | 36 |
| Органски мождани синдром | 11 | 13 | 16 |

Добијена разлика није статистички значајна ($\chi^2 = 3,023$; $df = 4$; $p = 0,2804$).

Табела 41. *Симптоми органског мозданог синдрома*

| | Група 1 | Група 2 | Група 3 |
|------------------------|---------|---------|---------|
| Псих. хередитет | 16 | 23 | 16 |
| Псих. лечење | 2 | 6 | 8 |
| Употреба психофармака | 3 | 6 | 3 |
| Алкохолизам | 20 | 13 | 24 |
| Поремећаји памћења | 53 | 57 | 71 |
| Дезоријентација | 10 | 11 | 21 |
| Пад контрол. механизма | 16 | 22 | 21 |

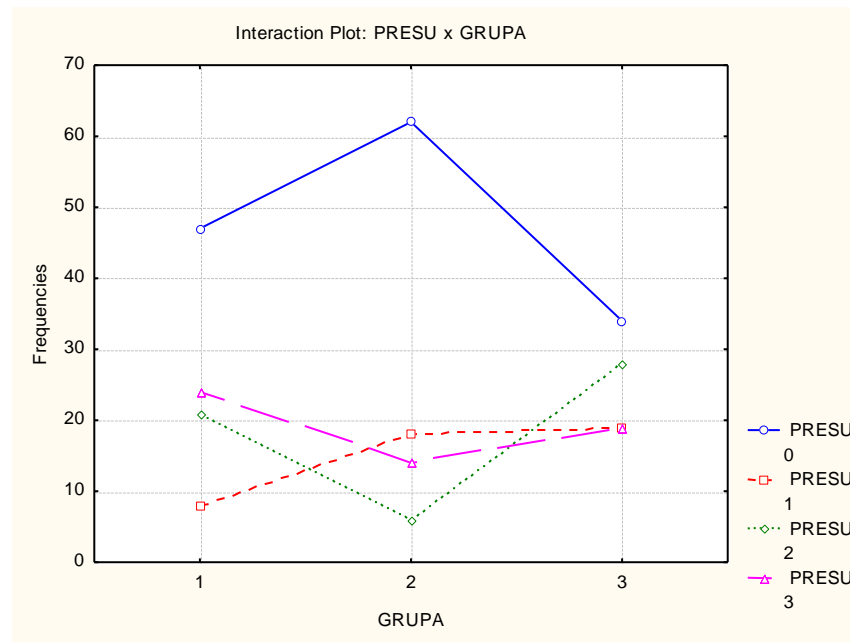
4.3. ПОДАЦИ О СУИЦИДАЛНОМ ПОНАШАЊУ

4.3.1. Раније суицидално понашање

Табела 42. *Раније суицидално понашање*

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Без суицида | 47 | 62 | 32 | 141 |
| Суицидалне најаве и мисли | 8 | 18 | 19 | 45 |
| Самоповређивање | 21 | 6 | 25 | 52 |
| Ранији покушаји суицида | 24 | 14 | 17 | 55 |

Графикон 15. Раније суицидално понашање



Добијена разлика је статистички значајна (Chi square = 29,58449; df = 6; p = 0,0005). Резултати показују да је скоро 50% особа које су извршиле суицид имало раније покушаје суицида. У првом периоду су то особе које су раније покушале суицид, у другом периоду су то биле особе које су имале суицидалне мисли и најаве, а у трећем особе које су се самоповређивале.

4.3.2. Начин извршења суицида

Табела 43. Начин извршења суицида

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|----------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Вешање | 49 | 51 | 42 | 145 |
| Ватрено оружје | 31 | 21 | 25 | 80 |
| Хладно оружје | 5 | 8 | 1 | 15 |
| Скок са висине | 1 | 4 | 5 | 10 |
| Утопљење | 7 | 13 | 12 | 28 |

| | | | | |
|------------------|---|---|---|----|
| Тровање лековима | 4 | 1 | 4 | 10 |
| Остало | 3 | 2 | 4 | 12 |

Добијена разлика није статистички значајна (Chi square = 2,3878; df = 18; p = 0,7203). У свим периодима је суицид најчешће извршен вешањем и коришћењем ватреног оружја.

4.3.3. Место извршења суицида

Табела 44. Место извршења суицида

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|-----------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Блиско | 91 | 84 | 78 | 253 |
| Удаљено | 9 | 16 | 13 | 38 |
| Непознато | 0 | 0 | 2 | 2 |

Добијена разлика није статистички значајна (Chi square = 6,9116; df = 4; p = 0,1406). Највећи број суицида је извршен у близини места становања.

4.3.4. Да ли је био сам на месту извршења

Табела 45. Да ли је био сам на месту извршења

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|-----------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Не | 12 | 8 | 10 | 30 |
| Да | 88 | 92 | 81 | 261 |
| Непознато | 0 | 0 | 2 | 2 |

Добијена разлика није статистички значајна (Chi square = 6,18310; df = 4; p = 0,1859).

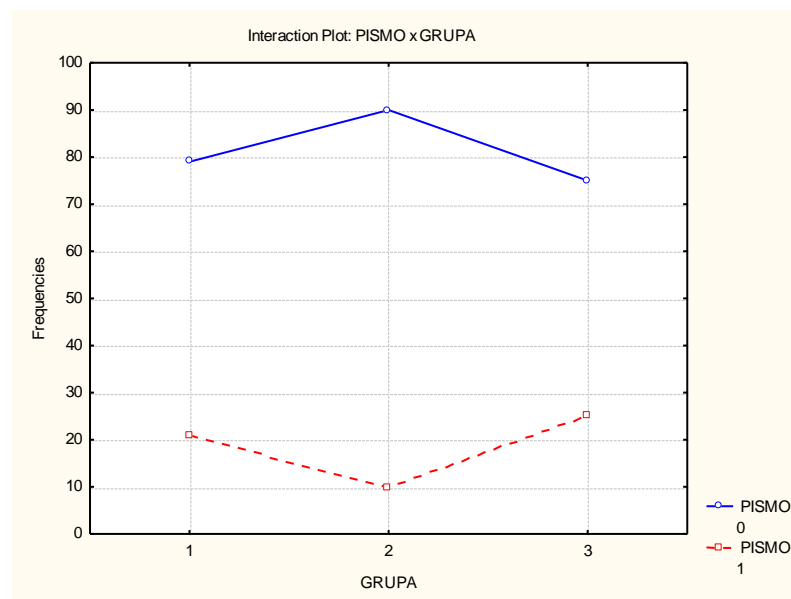
4.3.5. Опроштајно писмо

Табела 46. *Опроштајно писмо*

| | 1. група | 2. група | 3. група |
|----|-------------|-------------|-------------|
| Не | 83 | 90 | 70 |
| Да | 17 | 10 | 23 |

Добијена разлика је статистички значајна (Chi square 7,9478; df = 2; p = 0,01889).
Највећи број особа оставља опроштајно писмо у економски стабилном времену.

Графикон 16. *Опроштајно писмо*



4.3.6. Доба дана када је извршен суицид

Табела 47. Доба дана када је извршен суицид

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Ноћ | 22 | 30 | 18 | 70 |
| Рани јутарњи часови | 25 | 22 | 15 | 62 |
| Дан | 53 | 48 | 58 | 159 |
| Непознато | 0 | 0 | 2 | 2 |

Добијена разлика није статистички значајна ($\text{Chi square} = 2,7095$; $\text{df} = 6$; $p = 0,207$).

4.3.7. Дан у недељи када је извршен суицид

Табела 48. Дан у недељи када је извршен суицид

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|-----------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Понедељак | 20 | 11 | 19 | 50 |
| Уторак | 19 | 13 | 11 | 43 |
| Среда | 8 | 20 | 21 | 49 |
| Четвртак | 8 | 7 | 12 | 27 |
| Петак | 17 | 13 | 9 | 39 |
| Субота | 18 | 14 | 14 | 46 |
| Недеља | 10 | 22 | 5 | 37 |
| Непознато | 0 | 0 | 2 | 2 |

Добијена разлика је статистички значајна ($\text{Chi square} = 31,5758$; $\text{df} = 14$; $p = 0,00461$). У првом и трећем периоду највећи број суицида је извршен почетком, а у другом периоду крајем недеље.

4.3.8. Доба године када је извршен суицид

Табела 49. Доба године када је извршен суицид

| | 1. група | 2. група | 3. група | Укупно |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| Пролеће | 28 | 38 | 18 | 84 |
| Лето | 32 | 27 | 28 | 87 |
| Јесен | 13 | 14 | 21 | 48 |
| Зима | 27 | 21 | 24 | 72 |
| Непознато | 0 | 0 | 2 | 2 |

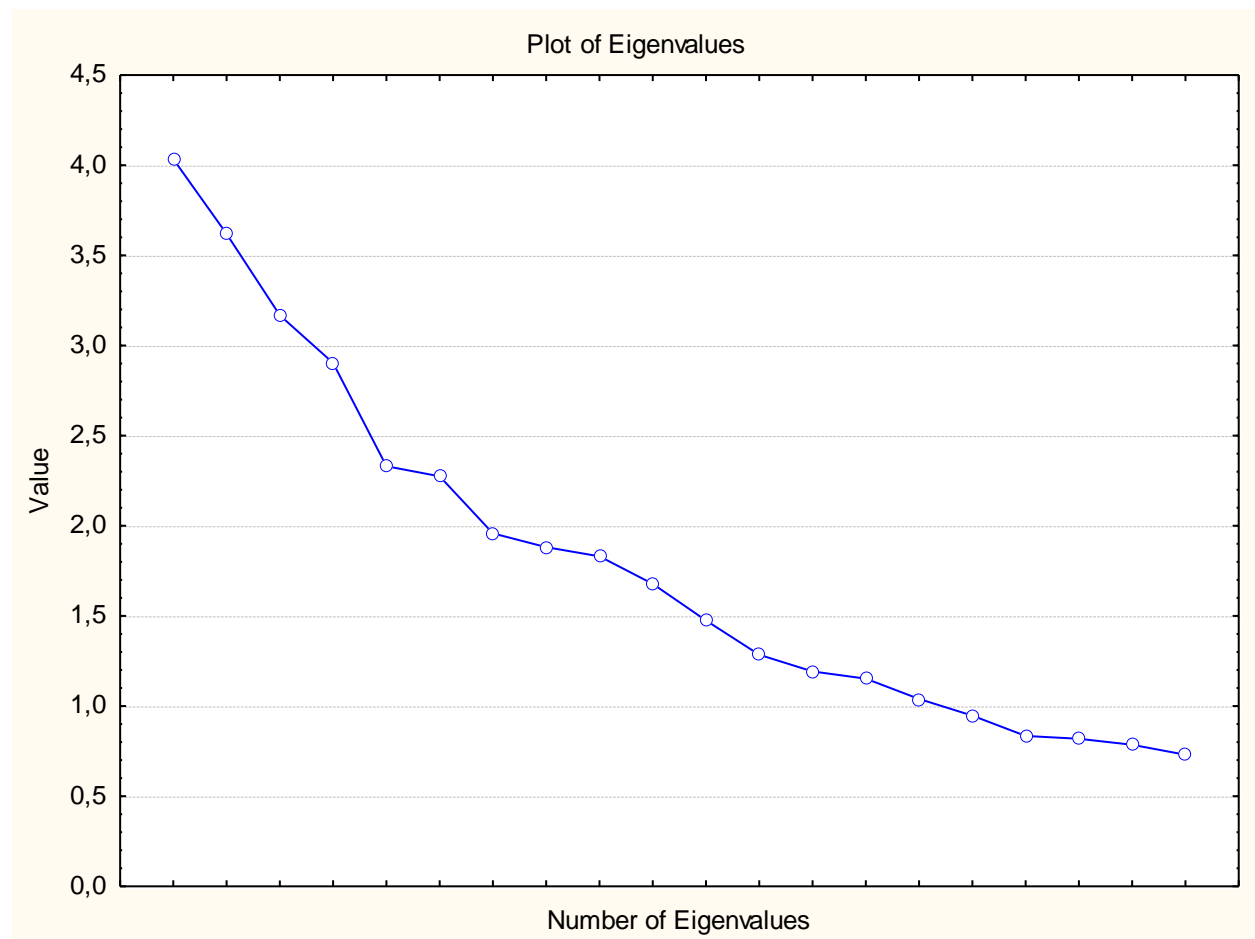
Добијена разлика је на граници статистичке значајности ($\text{Chi square} = 15,2812$; $\text{df} = 8$; $p = 0,05391$). У првом периоду је доста равномерна дистрибуција током целе године. У другом периоду је 38% суицида почињено у пролеће, а у трећем периоду је најмање суицида било током пролећа.

4.4. ФАКТОРСКА АНАЛИЗА

Након анализе главних компоненти, факторском анализом смо „ротирали“ компоненте. Циљ је да се редефинише и појасни значење сваког фактора. Поступак се своди на прераспodelу утицаја фактора са прве главне компоненте на остале, тако да је укупна варијанса која је објашњена преко фактора равномерније распоређена између компоненти. У обради је коришћена „varimax normalise“ ротација која максимизира суму варијанси квадрата факторских оптерећења.

4.4.1. Први период

Графикон 17. Screen plot of Eigenvalues за први период



Number of variables: 41. Method: Principal components; log(10) determinant of correlation matrix: Number of factors extracted: 2: Eigenvalues (својствене вредности): 4,03475 3,61991

Табела 50. Факторска анализа за први период

| Factor Loadings (Varimax normalized) (BAZA100) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,500000) | | |
|--|-----------------|------------------|
| | Factor | Factor |
| POL | 0,601091 | -0,160111 |
| STAR | -0,199016 | -0,636469 |
| BRAK | 0,253939 | -0,685698 |
| DECA | 0,107710 | -0,542077 |
| SKOLA | -0,133346 | -0,502569 |
| ZANIM | -0,234404 | -0,092693 |
| MESTO | -0,159049 | -0,093158 |
| MIGRA | 0,100236 | -0,485658 |
| STAN | 0,022759 | 0,062390 |
| EKSIT | 0,311978 | -0,179743 |
| BHOME | 0,345798 | 0,173158 |
| BHOTAC | 0,491755 | -0,125766 |
| BHMAJKA | -0,134183 | 0,160593 |
| BHROD | 0,136425 | 0,135396 |
| BHALC | -0,060752 | 0,166993 |
| ZIVDO | -0,024205 | 0,149644 |
| KONFL | 0,355497 | 0,206282 |
| SMRT | 0,235105 | -0,031500 |

| | | |
|-----------------|-----------------|------------------|
| TELBO | -0,164986 | -0,558423 |
| RAT | -0,096410 | -0,407793 |
| PSIHH | 0,511191 | 0,024465 |
| PHDUSBOL | -0,091119 | 0,049746 |
| PHALC | 0,194274 | -0,108985 |
| PHSUIC | 0,610898 | 0,109911 |
| PSILE | 0,705136 | 0,135217 |
| PSIFA | 0,719933 | -0,031086 |
| ALCHO | -0,138895 | 0,010195 |
| ORG | 0,271825 | -0,573449 |
| D | 0,102528 | -0,331268 |
| SCH | 0,286439 | -0,155707 |
| PRESU | 0,688346 | 0,046054 |
| NACIN | 0,065276 | 0,058208 |
| MESTS | 0,011163 | 0,425559 |
| SAM | 0,146307 | 0,344130 |
| VREME | 0,218471 | 0,519854 |
| PISMO | -0,318277 | 0,122645 |
| DOBAD | 0,179111 | -0,349392 |
| DAN | 0,158946 | -0,071754 |
| DOBAG | 0,170614 | 0,000865 |
| Expl.Var | 3,925783 | 3,728881 |
| Prp.Totl | 0,095751 | 0,090948 |

Фактор 1 за послератни период обавата следеће варијабле:

Табела 51. Фактор 1 за послератни период

| | Factor 1 |
|----------------------------|-----------------|
| Пол | 0,601091 |
| Психијатријски хередитет | 0,511191 |
| Суицид у фамилији | 0,610898 |
| Психијатријско лечење | 0,705136 |
| Узимање психофармака | 0,719933 |
| Раније суицидално понашање | 0,688346 |

Због наведених карактеристика, првом фактору је додељен назив „психијатријски фактор“, јер су се груписале карактеристике (основне варијабле) које су најсличније овом називу.

У првом фактору је корелација позитивна код свих варијабли, што показује у ком правцу одређена варијабла доприноси том фактору. Према томе, “психијатријски фактор” је најзначајнији фактор (група варијабли) који је био значајан за извршење суицида у послератном периоду.

Фактор 2 за послератни период обухвата следеће варијабле:

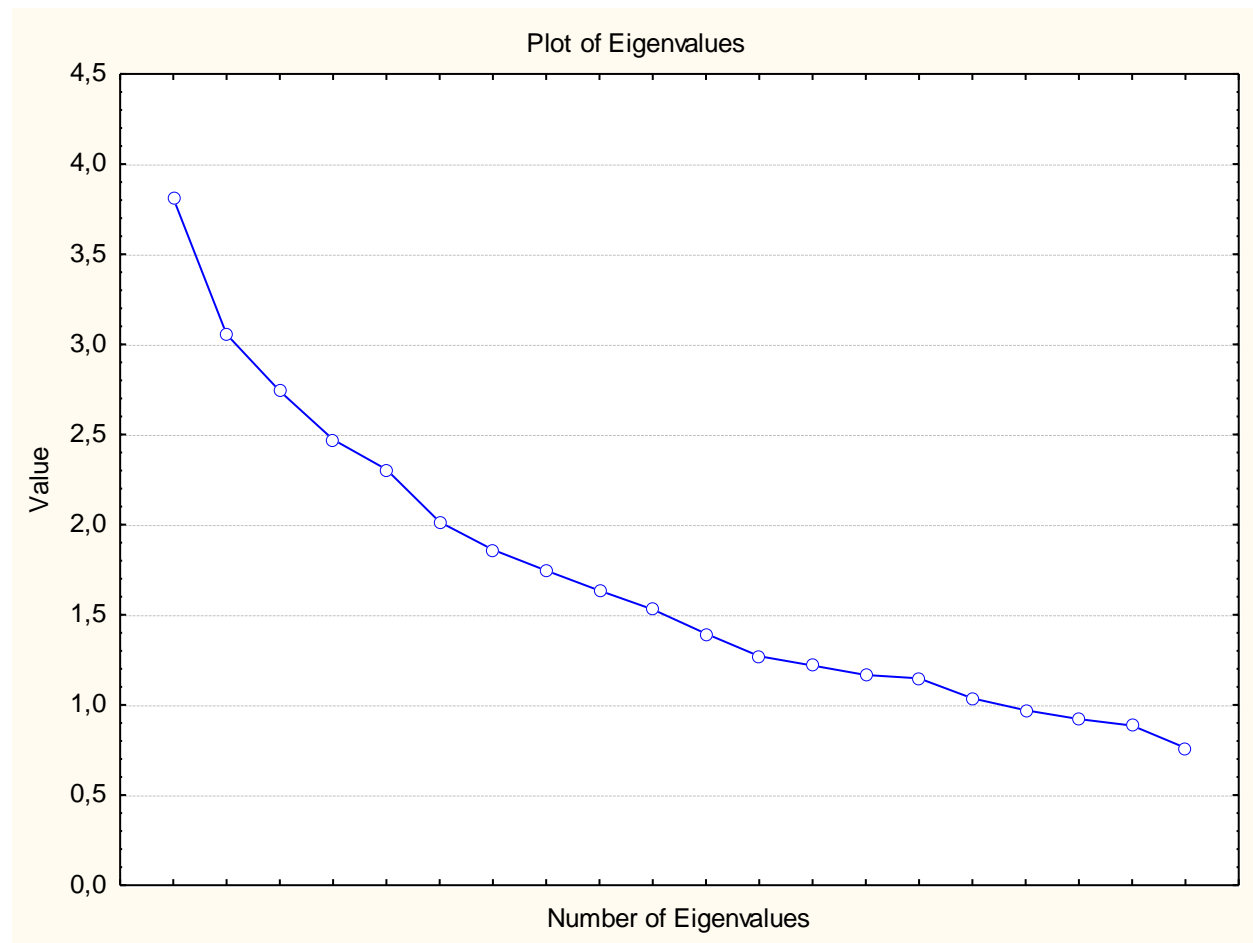
Табела 52. Фактор 2 за послератни период

| | Factor 2 |
|--------------------------|------------------|
| Старост | -0,636469 |
| Брачно стање | -0,685698 |
| Деца | -0,542077 |
| Школска спрема | 0,502569 |
| Телесне болести | -0,558423 |
| Органски мождани синдром | -0,573449 |
| Време откривања | 0,519854 |

Другом фактору је додељен назив „социодемографски фактор“. За разлику од позитивне корелације код првог фактора, негативна корелација показује колико варијабле не учествује у датом фактору. Фактор 2 према томе, чини група варијабли која има различите социодемографске карактеристике.

4.4.2. Други период

Графикон 18. Screen plot of Eigenvalues за други период



Number of variables: 41

Method: Principal components

log(10) determinant of correlation matrix: -9,1845

Number of factors extracted: 2

Eigenvalues: 3,81144 3,05609

Табела 53. Факторска анализа за други период

| Factor Loadings (Varimax normalized) (BAZA100) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,500000) | | |
|--|-----------------|-----------------|
| | Фактор | Фактор |
| POL2 | 0,465567 | 0,056840 |
| STAR2 | 0,664656 | 0,242359 |
| BRAK2 | 0,339782 | 0,233126 |
| DECA2 | 0,627389 | -0,066154 |
| SKOLA2 | 0,131724 | -0,442743 |
| ZANIM2 | 0,239316 | -0,136274 |
| MESTO2 | 0,070857 | -0,068672 |
| MIGRA2 | -0,204536 | 0,037864 |
| STAN2 | -0,336254 | 0,063789 |
| EKSIT2 | 0,200885 | 0,240573 |
| BHOME2 | 0,167490 | 0,767461 |
| BHOTAC2 | 0,268864 | 0,444500 |
| BHMAJKA2 | -0,013001 | 0,225532 |
| BHROD2 | 0,059393 | 0,216596 |
| BHALC2 | -0,035464 | 0,386995 |
| ZIVDO2 | 0,572024 | 0,190278 |
| KONFL2 | 0,172044 | -0,200912 |
| SMRT2 | -0,139576 | 0,269543 |
| TELBO2 | 0,262379 | -0,162698 |
| RAT2 | -0,211841 | -0,037263 |
| PSIHH2 | -0,239223 | -0,006217 |

| | | |
|------------------|-----------------|-----------------|
| PHDUSBOL2 | 0,086474 | 0,254000 |
| PHALC2 | -0,151702 | -0,245910 |
| PHSUIC2 | -0,225875 | 0,067962 |
| PSILE2 | 0,458197 | -0,348321 |
| PSIFA2 | 0,540014 | -0,216705 |
| ALCHO2 | -0,463219 | 0,148715 |
| ORG2 | 0,538616 | 0,272285 |
| D2 | 0,124167 | 0,204674 |
| SCH2 | 0,137485 | -0,159728 |
| PRESU2 | 0,506716 | -0,199062 |
| NACIN2 | -0,160396 | 0,345820 |
| MESTS2 | -0,164617 | 0,426039 |
| SAM2 | -0,182481 | 0,431030 |
| VREME2 | -0,060074 | 0,545046 |
| PISMO2 | 0,178005 | -0,246064 |
| DOBAD2 | 0,011171 | 0,261068 |
| DAN2 | -0,418374 | 0,022804 |
| DOBAG2 | -0,055505 | 0,237379 |
| Expl.Var | 3,779229 | 3,088309 |
| Prp.Totl | 0,092176 | 0,075325 |

Фактор 1 другог периода

Фактор 1 другог периода обухвата следеће варијабле:

Табела 54. Фактор 1 за други период

| | Фактор 2.1 |
|----------------------------|-------------------|
| Старост 2 | 0,664656 |
| Деца 2 | 0,627389 |
| Употреба психофармака 2 | 0,540014 |
| Органски мождани синдром 2 | 0,538616 |
| Ранији покушаји суицида 2 | 0,506716 |

Фактор 1 другог посматраног периода смо назвали “органски мождани фактор” јер се око овог фактора групишу приказане варијабле: старост, употреба психофармака, присуство знакова органског можданог синдрома и ранији покушаји суицида. С обзиром на смер корелације, реч је о позитивном односу.

Фактор 2 другог периода обухватају следеће варијабле:

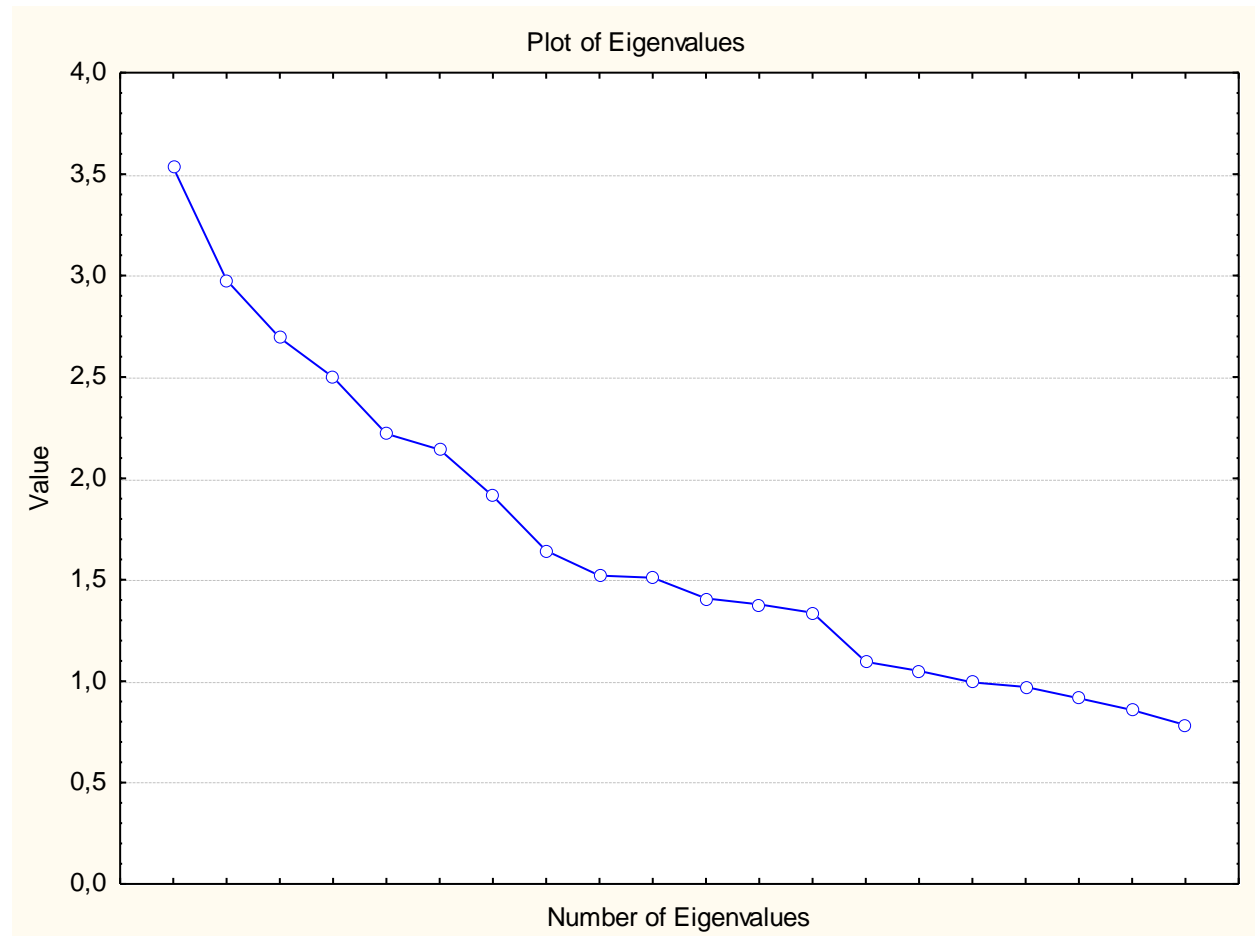
Табела 55. Фактор 2 за други период

| | Фактор 2.2. |
|-------------------|--------------------|
| Разорени дом 2 | 0,767461 |
| Време откривања 2 | 0,545046 |

Фактор 2 другог посматраног периода смо назвали “фактор разореног дома” јер се око овог фактора групишу само две варијабле: разорени дом и време откривања суициданта. С обзиром на смер корелације, реч је о позитивном односу.

4.4.3. Трећи период

Графикон 19. Screen plot of Eigenvalues за трећи период



Number of variables: 41

Method: Principal components

$\log(10)$ determinant of correlation matrix: -7,8275

Number of factors extracted: 2

Eigenvalues: 3,53304 2,97729

Табела 56. Факторска анализа за трећи период

| Factor Loadings (Varimax normalized) (BAZA100) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,500000) | | |
|--|------------------|-----------------|
| | Фактор 1 | Фактор 2 |
| POL3 | -0,310860 | -0,075430 |
| STAR3 | 0,832964 | 0,171502 |
| BRAK3 | -0,732321 | 0,152803 |
| DECA3 | 0,078401 | -0,163421 |
| SKOLA3 | 0,371135 | 0,196107 |
| ZANIM3 | -0,118521 | 0,127812 |
| MESTO3 | -0,181279 | 0,213360 |
| MIGRA3 | -0,324770 | 0,246657 |
| STAN3 | 0,200730 | 0,003961 |
| EKSIT3 | -0,309834 | 0,380470 |
| BHOME3 | -0,164034 | 0,707762 |
| BHOTAC3 | -0,080396 | 0,473702 |
| BHMAJKA3 | 0,017509 | 0,024121 |
| BHROD3 | -0,156528 | 0,064955 |
| BHALC3 | 0,052428 | 0,664480 |
| ZIVDO3 | 0,117242 | 0,129629 |
| KONFL3 | 0,468186 | 0,527290 |
| SMRT3 | -0,276634 | -0,027627 |
| TELBO3 | -0,548592 | -0,117425 |
| RAT3 | 0,360111 | 0,055329 |
| PSIHH3 | 0,406086 | 0,413491 |

| | | |
|------------------|-----------|-----------------|
| PHDUSBOL3 | 0,177393 | -0,029494 |
| PHALC3 | 0,293850 | 0,408836 |
| PHSUIC3 | 0,056780 | 0,110073 |
| PSILE3 | 0,189910 | 0,004403 |
| PSIFA3 | -0,057707 | 0,091243 |
| ALCHO3 | 0,268655 | 0,242259 |
| ORG3 | -0,391873 | 0,300418 |
| D3 | -0,126927 | 0,309717 |
| SCH3 | 0,097629 | 0,361056 |
| PRESU3 | 0,243743 | -0,019745 |
| NACIN3 | 0,191177 | 0,531470 |
| MESTS3 | 0,264144 | 0,050039 |
| SAM3 | 0,031325 | 0,110718 |
| VREME3 | -0,068034 | 0,179950 |
| PISMO3 | 0,201504 | 0,167918 |
| DOBAD3 | -0,074219 | -0,007634 |
| DAN3 | 0,085755 | 0,196504 |
| DOBAG3 | 0,212733 | -0,010834 |
| Expl.Var3 | 3,442226 | 3,068112 |
| Prp.Totl3 | 0,083957 | 0,074832 |

Фактор 1 трећег периода обухвата следеће варијабле:

Табела 57. Фактор 1 за трећи период

| | Фактор 1.3. |
|-------------------|--------------------|
| Старост 3 | 0,832964 |
| Брачни статус 3 | -0,732321 |
| Телесне болести 3 | -0,548592 |

Фактор 1 за трећи период смо назвали “телесни фактор”. У односу на карактеристике, то су особе које су телесно здраве и које нису у браку.

Фактор 2 за трећи период обухвата следеће варијабле:

Табела 58. Фактор 2 за трећи период

| | Фактор 2.3. |
|--------------------------|--------------------|
| Разорени дом 3 | 0,707762 |
| Алк. хередитет 3 | 0,664480 |
| Непосредни конфликт 3 | 0,527290 |
| Начин извршења суицида 3 | 0,531470 |

Фактор 2 трећег периода смо назвали “фактор конфликта” јер везује разорени дом, алкохоличарски хередитет, непосредни конфликт и начин извршења суицида.

5. ДИСКУСИЈА

ОПШТИ ПОДАЦИ

1. Стопа суицида у Републици Српској и Бањој Луци

Република Српска је у односу на стопу суицида, заједно са бившим југословенским републикама, те Мађарском, Шпанијом, Норвешком и Данском, у категорији земаља са средњом стопом суицида.

По подацима Републичког завода за статистику (224–244), број извршених суицида и стопа суицида у опсервираним периодима на територији општине Бања Лука била је следећа:

Табела 59. Преглед броја и стопа самоубиства у Републици Српској и Бањој Луци 1992–2011.

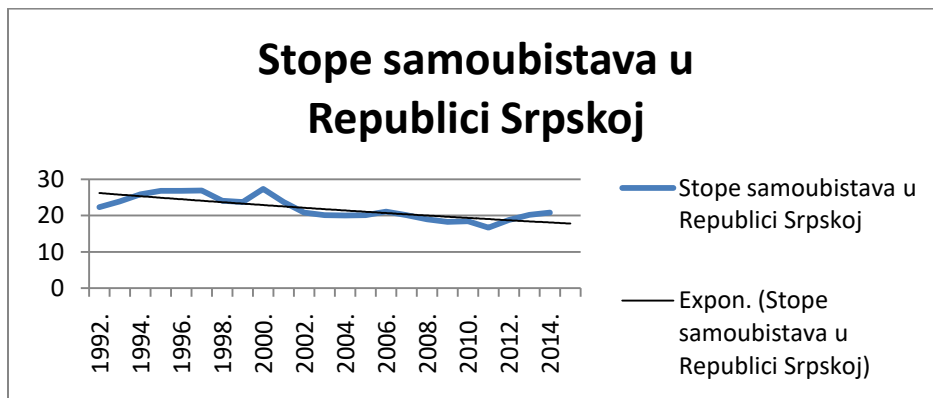
| Година | Број самоубиства у Републици Српској | Стопе самоубиства у Републици Српској | Број самоубиства у Бањој Луци | Стопе самоубиства у Бањој Луци |
|--------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1992. | 268 | 22,3 | 61 | 20,9 |
| 1993. | 287 | 23,9 | 57 | 20,7 |
| 1994. | 310 | 25,8 | 52 | 19,6 |
| 1995. | 322 | 26,8 | 40 | 18,3 |
| 1996. | 369 | 26,8 | 49 | 19,1 |
| 1997. | 377 | 26,9 | 46 | 20,9 |
| 1998. | 345 | 24,1 | 43 | 18,8 |

| | | | | |
|-------|-----|------|----|------|
| 1999. | 343 | 23,7 | 48 | 20,3 |
| 2000. | 390 | 27,3 | 35 | 20,1 |
| 2001. | 343 | 23,7 | 43 | 18,8 |
| 2002. | 302 | 20,8 | 44 | 19,3 |
| 2003. | 290 | 20,1 | 42 | 18,5 |
| 2004. | 286 | 20,0 | 37 | 18,0 |
| 2005. | 290 | 20,1 | 30 | 19,4 |
| 2006. | 295 | 21,1 | 41 | 19,5 |
| 2007. | 281 | 20,1 | 28 | 19,0 |
| 2008. | 266 | 19 | 27 | 19,0 |
| 2009. | 258 | 18,3 | 26 | 18,4 |
| 2010. | 257 | 18,4 | 29 | 19,0 |
| 2011. | 296 | 16,7 | 28 | 19,2 |
| 2012. | 227 | 18,8 | 21 | 18,5 |
| 2013. | 282 | 20,2 | 23 | 17,8 |
| 2014. | 283 | 20,8 | 34 | 19,9 |
| 2015. | * | | 36 | 20,3 |

* Напомена: Подаци о укупном броју суицида у Републици Српској нису публиковани.

У статистичким истраживањима за праћење раширености самоубиства користи се стопа самоубиства која представља број извршених самоубиства на 100.000 становника за годину дана.

Графикон 20. Стопа самоубиства у Републици Српској



Подаци на приказаној табели и графикону указују на промену стопе суицида у опсервираним периодима у Републици Српској. Док је у ратном и постратном периоду стопа самоубиства изразито висока (23,7–27,3), у периоду друштвено стабилних збивања стопа самоубиства је била средњег нивоа. У последњем периоду, периоду економске кризе, стопа самоубиства је поново порасла на 20,2–20,8, тако да је на граници стопе самоубиства средњег и високог нивоа. Период преласка из фазе друштвене стабилности у период економске кризе карактерише најнижа стопа суицида за претходне 24 године. Интересантно је запазити да до пада стопе суицида долази годину-две након промене друштвене ситуације. Ово указује на то да у првом моменту, након друштвеног потреса, постоји период компензације, а да тек након тога долази до испољавања последица у виду пораста броја суицида. Иста ситуација се догађа и када се стање у друштву стабилизује. У једном периоду стопа суицида стагнира, а тек после тога пада. Јанковић и Лечић Тошевски (245) кажу да трауматска искуства могу имати одгођене последице на ментално здравље и могу да доведу до самоубилачког понашања деценијама након излагања (246). Самоубиство је повезано са различитим врстама трауматских догађаја, као што су, између осталог, борбено искуство (247) и друштвене катастрофе (248). Етиолошки пут између

трауматичног искуства и непосредног и одгођеног самоубиства остаје нејасан. Многе студије сугеришу да психолошке трауме доприносе развоју психијатријских поремећаја, као што су психозе, депресије, поремећаји личности, посттрауматски стресни поремећај (ПТСП) и злоупотреба супстанци, које повећавају број самоубиства. Студије о самоубилачким покушајима међу вијетнамским ветеранима (249) показале су да траума доприноси развоју психијатријских поремећаја. Слични резултати су приказани и у студији о норвешким војницима, припадницима мировних снага (250).

Анализа стопе суицида у Француској у периоду од 1826. до 1913. године показала је да је стопа суицида нижа у време ратних година него у време мира. Ови ефекти су израженији у стопи суицида код жена, него у стопи суицида код мушкараца, а присутни су и у мањим и у великим сукобима (251). У једној студији Орон Остер (252) анализирао је суицид у време ратова у Израелу у периоду од 1948. до 2006. године. Рад је указао на карактеристике суицида у периодима егзистенцијалних и неегзистенцијално угрожавајућих периода. Овај рад представља проверу тезе да ли су суицидални обрасци у сваком рату у складу са налазима Морселија и Диркема, и да ли њихова теоријска тумачења могу да послуже као прелиминарне смернице за објашњење догађаја у време израелског рата, који се карактерише кратким периодима рата, социјалне интеграције у време неегзистенцијалних ратова, и наглим порастом стопе суицида мушкараца у послератном периоду у односу на егзистенцијалне ратове.

Пионирски рад на тему ратова и самоубиства спровео је италијански лекар Енрико Морсели у другој половини 19. века у душевној болници. Један од његових циљева је био да испита утицај друштвених и психолошких фактора на самоубиства у Европи.

Морсели је сугерисао да постоји веза између друштвено-политичке ситуације и личних разлога за самоубиство и анализирао је статистичке податке о самоубиствима током ратова и револуција. Открио је да је током периода турбуленција број самоубиства смањен у односу на стопу самоубиства у мирнодопско време. Он је закључио да је психолошки узрок који производи овај ефекат преокупација појединаца судбином своје земље у том тренутку. Морсели је објавио своје закључке 1879. године. (253)

Осамнаест година касније, француски социолог Емил Диркем објавио је свој рад на тему самоубиства (254). Он се заинтересовао за ниске стопе самоубиства током ратова и револуција и почео је своју анализу статистичким подацима и налазима Морселијеве студије. Диркем је потврдио ове налазе неким придодатим подацима, али је истакао да је пад стопа броја самоубиства био већи у случају тешких или дужих друштвених криза, и обрнуто. Диркем је предложио друштвену теорију која се односи на стопу суицида у прихватању појединца и друштвених циљева. Он је поставио два начела: друштвену интеграцију и социјалну регулацију. Прво се односи на степен прихватања заједничких социјалних уверења, а друго на степен друштвене контроле наметнуте појединцу од друштва у смислу мотива и осећања. Диркем је тврдио да ако неко друштво функционише добро, равномерно и на координисани начин, оно може пратити понашање појединаца који размишљају о самоубиству. У ратовима или дубоким друштвеним кризама које натерају људе да удруже снаге и да се супротставе спољашњој претњи, појединац се фокусира на заједнички циљ, а не на себе. Ово је основа социјално-интеграционог модела.

Важно је напоменути да Диркем прави разлику између важног или великог рата и оног који не изазива широке последице. “Велики народни рат” подразумева територијалну претњу, буди патриотска осећања и мотивише људе да се заједно суоче са ситуацијом која прети њиховој земљи. Само рат овакве врсте уједињује људе и на тај начин смањује стопу суицида. Друга врста рата не побуђује колективне емоције и не доводи до смањења стопе суицида.

Двадесети век обележавају два светска рата. Подаци показују да је стопа суицида у Француској опала током оба рата (254), као што је био случај и у Великој Британији (255), и Сједињеним Америчким Државама (256). Просечни пад стопе суицида за све народе који су били укључени у Први светски рат био је 15,3% за године 1915–1918, а у Другом светском рату, 13,5% за период 1940–1945. (257)

Анализа кретања стопе суицида током ратова у двадесетом веку такође потврђује Диркемову разлику између две врсте ратова. На пример, у америчкој популацији није пронађено смањење стопе суицида током вијетнамског рата, који је трајао од 1959. до 1975, јер рат није угрожавао америчку територију нити становнике.

Пратећи ове податке као парадигму утицаја ратних сукоба на суицид, видимо да се ситуација у Републици Српској не уклапа у контекст “великог народног рата”. Како су године рата пролазиле, тако је расла стопа суицида (22,3; 23,9; 25,8 и 26,8). Ако се осврнемо на Диркемову теорију, поставља се суштинско питање: Зашто стопа суицида није пала? Разлог се може само претпоставити. По Диркемовом схватању, разлог би могао бити неприхватање заједничких социјалних уверења. Ратне сукобе су карактерисали егзодуси избеглица, који су се нашли на туђим територијама тако да нису имали осећај територијалне претње, патриотских осећања и мотивације да се заједно суоче са ситуацијом која прети њиховим домовима. Степен друштвене контроле није био довољно функционалан, није био свеобухватан, перманентан, равномеран и координисан. Конфузија самог ратног сукоба стварала је осећај примарно персоналне несигурности, због чега људи нису удружили снаге да интегришу колективни дух и заједнички интерес. Тако рат није побудио колективне емоције и није смањио стопу суицида.

Посебна тема која се обрађује у овом раду је послератни период. Велики ризик за покушај и извршење суицида биле су претње које су се “надвиле” над главама становника Републике Српске, а, наравно, и становника неких других земаља из окружења. Након ратног сукоба, то су биле еколошке катастрофе и социјална разарања. Пре двадесет година десио се рат као најстравичнији стрес за претходних педесет година, а након тога уследио је период неимаштине, немогућности социоекономског опоравка, и економска криза.

Други опсервирани период је период економске кризе. Истраживања су показала да за време економских криза долази до повећања броја самоубистава. Међутим, постоје и чињенице које не иду овој тези у прилог. Знамо да је у СФРЈ највећа стопа самоубистава забележена у Словенији, која је била најразвијенија од свих југословенских република. Са друге стране, најмања стопа самоубистава била је у Македонији и на Косову, који су по развијености, у односу на друге републике и покрајине, били на зачељу. Истраживања у свету показују да је број самоубистава много већи у економски развијенијим земљама (САД, Шведска, Данска), него у земљама где је животни стандард веома низак. Разматрајући ове податке, закључујемо да се економска криза у неразвијеним земљама осећа јаче у финансијском смислу, али да су последице на ментално здравље становника и стопе суицида мање. (257)

Однос економске кризе и суицида је врло комплексан. Иако општи однос између богатства земље и самоубиства, утврђен на основу макроекономских података (БДП по глави становника и стопе суицида), кад је реч о синхронијском пресеку, представља солидно установљену чињеницу, у широј временској скали се у њему уочавају јасни прекиди. Наиме, док у XIX веку богатство и самоубиство у западним земљама прогредирају истим ритмом, почетком XX века, паралелно са наставком убрзаног привредног раста, стопа суицида почиње да стагнира и чак опада, да би се у његовој последњој четвртини веза између економског развоја и суицида готово изгубила и преокренула многе друге до тада успостављене односе који су сматрани универзалном чињеницом. Тако је, рецимо, нестао правилан раст стопе суицида упоредо са растом година старости, а статистике показују и да су у најразвијенијим регионима и просперитетним градовима оне данас најниже, док су у заосталим и руралним подручјима највише. Стиче се утисак да су модерна друштва пронашла нове облике социјабилности који успевају да “амортизују” утицај до тада идентификованих фактора раста стопа суицида. Подаци, дакле, упућују на то да у каузални ланац који повезује друштвени живот са индивидуалним чином самоубиства сада треба уметнути најмање једну нову карику: укупне ефекте које материјални услови имају на физичко и ментално стање индивидуа.

Група америчких истраживача на Универзитету Мичиген, са Роналдом Инглхартом на челу, на основу “инвентара” моралних вредности које “анимирају” људе у великом броју земаља, састављаног од почетка 90-их година XX века, сачинила је једну сугестивну “картографију” доминантних система вредности у различитим земљама, полазећи од две осе. На Инглхартовој картографији стопа суицида оцртава инструктивну спиралу: у сиромашним земљама, које истовремено кумулирају јаки традиционализам и вредности “преживљавања”, стопа је ниска (Перу 0,6; Филипини 2,5; Мексико 5,4). У богатим земљама које су чврсто везане за традицију, стопе су више, али релативно ниске у односу на богатство (Велика Британија 11; Италија и САД око 13). Земље са “слабим” традиционализмом и креативним индивидуализмом имају више стопе, јер заштите умањене удаљавањем од традиције нису потпуно компензоване креативним индивидуализмом (Француска 30,4; Шведска 30,9; Финска 43,4; Данска 24,2). Најзад, земље које кумулирају и нестајање традиције и перзистенцију вредности преживљавања имају највише стопе (Литванија 79,1; Русија 72,9; Естонија 67,3; Мађарска 59,9).

На основу исте базе података, канадски истраживач Ј. Х. Халивел анализирао је ефекат расположивог богатства по становнику на самоубиство у 117 земаља, мерећи утицај пет међусобно корелисаних варијабли: социјабилност, поверење у друге, религиозност, учесталост развода, БДП *per capita*. Његов закључак је да при осталим једнаким условима, социјабилност, поверење у друге и религиозност и данас умањују ризик од самоубиства, да га учесталост развода и слабљење религиозне праксе (привредни раст фаворизује и једно и друго) повећава, те да богатство по глави становника, насупрот Диркемовом “*la misere protégé*”, заправо има и директни и индиректни заштитни ефекат, а “креативни индивидуализам”, социјабилност и поверење у друге јачи су у богатим, него у сиромашним земљама. (260)

Финансијска криза у Републици Српској доводи до пада економских активности (зарада и запослености), а тиме и до пада пореских прихода. Негативни утицај финансијске кризе на буџет Републике Српске је недвосмислен. Криза је у почетним годинама делом амортизована приходима од приватизације, средствима међународне помоћи и приливима од ПДВ-а. Увођење ПДВ-а је почетно прикрило буџетску кризу, што је дало повода да се више троши на социјалну структуру јавних расхода. Буџетски расходи су брже расли од буџетских прихода, што је имплицирало раст буџетског дефицита, посебно у 2009. и 2010. години. Учешће буџетског дефицита у БДП-у достигло је висину од 6,64%. Утицај финансијске кризе на буџет земаља у транзицији је већи од њеног утицаја на развијене земље, због нестабилне структуре прихода и расхода. Тако је глобална финансијска криза имала велики утицај на буџет Републике Српске. (259)

Живот на просторима Републике Српске у последњих двадесетак година је једна велика траума која стално и интензивно покушава да сломи механизме одбране грађана, што увек води понашању које је опасно по појединца. Не може се оспорити утицај посттрауматског синдрома на повећање броја самоубистава у РС, али не можемо сва та самоубиства приписати само њему. Када сагледамо само један део фактора који су повезани са јављањем самоубистава, лако ћемо доћи до закључка да је РС земља у којој је веома тешко живети.

Период стабилизације и изградње Републике Српске почиње неколико година по завршетку рата и можемо рећи да траје до почетка светске економске кризе. Период

одложене промене стопе суицида, које смо у претходном делу објаснили, дају могућу генезу те временске дистракције. Постоји снажна повезаност између суицидалности и менталних поремећаја, посебно депресије и посттрауматског стресног поремећаја (ПТСП). Након трауматског периода, прво се развија психијатријски поремећај, а тек након тога постојећи поремећај и снижена вулнерабилност повећавају стопу суицида. (245) Тако се стопа суицида испод 20 одржава све до 2013/2014. године, када поново долази до пораста. У тим годинама економска криза је била у дужем замаху, јер се може рећи да је започела 2011/2012. године. Након тог временског отклона од 1–2 године, поново долази до декомпензације и слома механизма одбране, што води људе у менталне поремећаје и последичне суициде.

Економска криза је одувек имала за последицу пад привредне активности и нагли пораст незапослености, праћен осиромашењем већег дела становништва. Прву деценију XXI века обележило је незауостављиво напредовање глобализације, која је у почетку давала сигурност, односно потхрањивање илузије да велике економске кризе припадају прошлости. Слична ситуација се осетила и у Републици Српској. Дошло је до пропадања и препродаје предузећа, што је имало за последицу губитак великог броја радних места и стварања армије људи без икаквог запослења и наде у исто. Директна последица економске кризе био је раст незапослености праћен општим сиромаштвом већине становништва. Овакав вид поремећаја је знатно утицао на озбиљно нарушавање равнотеже менталног функционисања становника, што је довело до повећаног нивоа стреса. Како је економска криза постала велики генератор стреса, а пошто су истом изложени најшири слојеви становништва, посебно они сиромашнији, неминовно је дошло до пораста броја суицида. У периоду од 2013. до 2015. године, стопа суицида поново расте. (259)

У случају младе радне снаге, обесхрабреност при проналаску могућности за запошљавање има за резултат одлуку о одгађању уласка на тржиште рада, док код старије радне снаге криза доводи до повлачења са тржишта рада и превременог пензионисања. Наиме, старије особе се суочавају са већим препрекама приликом поновног уласка на тржиште рада, као и са смањењем надница. Смањење наднице за раднике са дугогодишњим (25 до 30 година) радним искуством по неким проценама је износило до 36%, док за оне са радним стажом мањим од десет година није било смањења висине

надница. Оваква маргинализација радника са дугогодишњим стажом учинила је од ове популације радне снаге социолошки незбринуту и депресивну популацију. Због смањене потражње за радом, отвара се мање нових радних места, што још више отежава позицију младих особа без одговарајућег искуства.

Криза је посебно тешка за неквалификоване раднике и жене. Послодавци су склонији отпуштању неквалификованих радника с обзиром на то да они у највећем броју случајева имају флексибилне радне споразуме. Слична је ситуација и са женама, које су чешће ниже стручне спреме. Набројане категорије су искусиле највеће губитке радних места и највише су погођене променама, што свакако подиже и ризик од суицида.

Велика померања становништва услед ратова и економска криза довели су до повећања броја самоубистава. Уз све ово, не може се заборавити рат и ратно окружење, које је у великој мери утицало на сваког појединца, али и на друштво уопште. Немогућност одбрамбених механизма да се изборе са неким трауматичним догађајем довела је до тога да су људи лакше дизали руку на себе.

2. Стопа суицида у односу на пол

Међу половима у нашем узорку постоји статистички значајна разлика у корист мушког пола. У првом периоду, разлика међу половима је била мања (61%:39%), док се у другом и трећем периоду та разлика повећава у корист мушког пола (77%:23%).

Табела 60. Дистрибуција по полу у Бањој Луци

| | | Период I | Период II | Период II | Укупно |
|-----------|--------|----------------|------------|-----------|----------------|
| Бања Лука | Мушки | 161 (73,5%) | 116 (65%) | 72 (77%) | 349 (70,6%) |
| | Женски | 60 (27%) | 65 (35%) | 21 (23%) | 146 (29,4%) |
| | Укупно | 221 (100%) | 181 (100%) | 93 (100%) | 495 (100%) |

Слични резултати добијају се и обрадом података за Бању Луку у истим периодима. Мушкарци континуирано, у свим периодима, у већем проценту извршавају суицид.

Податак да мушкарци у већем проценту извршавају самоубиство налази већина аутора (38, 39, 40). У складу са литературом, ова студија је обухватила 83 жене и 210 мушкараца. У наведеним периодима, у Бањој Луци је суицид извршило укупно 146 жена и 349 мушкараца, што би значило да на 2,4 извршена суицида мушкараца долази један извршени суицид жена. У нашој студији је тај однос 1:2,5 у корист мушког пола.

У Бањој Луци је највећа разлика у односу на пол била у периоду економске кризе, а најмања у другом, стабилном периоду. У послератном периоду, разлика је била врло слична разлици у периоду економске кризе. Овај податак је врло интересантан и наводи на закључак да мушки пол генерално теже подноси протраховане стресове, односно да у кризним друштвеним периодима више извршавају суицид, док се у стабилним временима та разлика смањује.

Једно од тумачења ове појаве јесте да је мушкарац, као глава породице, далеко осетљивији на проблеме материјалне природе, јер себе сматра особом која треба да обезбеди сигурност својој супрузи и деци. Из тог разлога, он далеко теже подноси кризне ситуације, које га више фрустрирају и чине депресивним, него жену. Жене се, наиме, лакше одважују да потраже помоћ, док је за мушкараца то прилично понижавајуће. Зато су код жена бројнији покушаји суицида, а код мушкараца извршена самоубиства – тврди Милошевићева.

Многи истраживачи су покушали да пронађу објашњења зашто мушки род има тако значајно виши проценат самоубиства. Године 1980, самоубиство код мушкараца било је 1,9 пута чешће него код жена у Великој Британији. У 2012. години стопа самоубиства мушког пола је повећана на преко три пута у односу на број самоубиства жена. (264) За објашњење је ослонац потражен у социјалном конструкту хегемоније мушкараца и жена. Према литератури о полу и самоубиству, мушка самоубиства се могу објаснити традиционалним родним улогама. Мушки пол има тенденцију да нагласи већи

ниво снаге, независности и ризичног понашања. (265) Јачање ове родне улоге често спречава мушкарце да траже помоћ за суицидална осећања и депресију. (266) Ово се може применити у на Републику Српску, с обзиром на то да су послератни период и период економске кризе били врло захтевни како на плану физичке заштите, тако и на пољу економске сигурности.

Једна од теорија је повећана одговорност жене због материнства у контексту културолошких норми. У регионима где је идентитет жене везан за породицу, деца могу бити заштитни фактор за суицид мајки управо због поменуте одговорности. (245) У исто време, стигма везана за неплодност или рађање деце ван брака може да допринесе вишим стопама самоубиства међу женама. (247).

У 2003. години, група социолога је испитала повезаност пола и самоубилачког парадокса (више жена покуша суицид, а више мушкараца изврши) у односу на културолошке факторе. Четири културолошка фактора су се издвојила као значајна; разлика у моћи, индивидуализам, избегавање неизвесности и мушкост. Истраживање је представљало обраду података из 66 земаља, на основу података достављених Светској здравственој организацији. (273) Традиција у вези с индивидуализмом је показала висок степен повезаности са полним парадоксом. По добијеним резултатима, индивидуализам позитивно корелира са појавом самоубиства. Ово је у складу са Диркемовом теоријом да су агностичка самоубиства резултат недостатака интеграције у друштву и да људи у таквим друштвима прибегавају претераном индивидуализму (268). Корелацију између самоубиства и индивидуализма су потврдили и други аутори (249, 250, 251, 252). Тако су земље код којих су присутни индивидуализам и индивидуализација показале веће стопе мушког самоубиства. Потврду ове теорије, такође, можемо наћи и у нашем истраживању. Република Српска је земља са традиционалним породичним, па може се рећи и патријархалним друштвеним контекстом. Породица и пријатељи представљају врло битан сегмент друштвеног живота. Ситуације у којима је земља била су осујећивале овај друштвени сегмент у високом степену. Непосредно након ратних дејстава, људи су били расељени, измештени из својих места становања, остали су без свог окружења било због избеглиштва, погибије чланова породице, рођака и пријатеља. Доживљај отуђења или, како кажу потоњи аутори, индивидуализација, била је сасвим сигурно фактор који је

мушкарце у већем проценту опредељивао за суицид, посебно у послератном периоду и периоду економске кризе.

Разлика у социјалним сталежима се дефинише као социјално раздвајање људи на основу финансијског статуса, и она је у негативној корелацији са бројем самоубиства. Овде се појављује једна специфичност. Земље са високим нивоом разлика у социјалном статусу су ову варијаблу посебно потврдиле у стопи женског суицида. (273)

Избегавање неизвесности показује и позитивну и негативну корелацију у односу на самоубиство. Са једне стране, покушај да се одузме себи живот је ризичан поступак, с обзиром на то да је смрт ипак неизвесна након покушаја, то јест да покушај суицида особа може и да преживи, ствара код суицидалне особе осећај страха и несигурности. Јавља се страх да се после тога могу појавити социјалне, правне и здравствене последице које могу да иду до инвалидности. С друге стране, суицид може да се посматра као начин да се дође до контроле настале ситуације (над којом у реалитету нема контролу) и тиме избегну неизвесности живота. На основу поменуте студије, може се претпоставити да ће људи преко 25 година, посебно жене, усвојити први од ових ставова, што доводи до ниже стопе суицида. За остале би се могло претпоставити да чешће бирају други став.

Ако су егалитаризам и разлика у социјалним и друштвеним сталежима супротстављене категорије, онда су индивидуализам и егалитаризам као друштвене вредности одговорније за различите стопе суицида.

Када се све изнесено сабере, јасно је да мушки пол чешће извршава суицид. Овде се, међутим, намеће и закључак да сам пол није довољан за опсервацију појаве, како су је назвали, “полног парадокса”. Осим пола, потребне су још неке предиспозиције, као што су запосленост, образовање, друштвена интеграција (или дезинтеграција) и сама тренутна друштвена ситуација, јер смо у нашем истраживању видели да се овај однос у истој популацији мења у различитим друштвеним периодима.

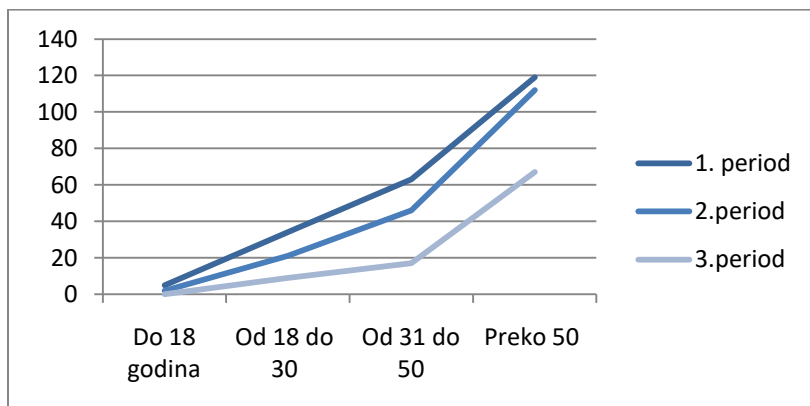
До сличног закључка долазе и истраживачи из Крагујевца. (274) У наведеном истраживању, у којем је анализирана структура суицида по полу у периоду 1996–2001. године, мушкарци су учествовали са 78,5%, а жене са 21,5%, што значи да су мушкарци 3,7 пута чешће склони суициду те је разлика статистички високо значајна. У истраживању

проведеном у периоду 1991–1995. године, тај је однос био 2,6 : 1 у корист мушкараца. Доминација мушкараца у извршеним суицидима варира од земље до земље, и креће се од 1 : 4,7 до 1 : 1,4. Тумачења тих разлика по полу варирали су од оних који су узроке тражили у конституционално-биолошким разликама између мушкараца и жена, преко оних који су покушавали да докажу како је различит начин експресије агресије директна последица традиционално различитог начина васпитања за „женску” и „мушку” улогу, па све до оних који су се задовољили да разлику у фаталности објасне употребом различитих метода, без претензије да задиру у суштину. Код мушкараца, болести односно стања која су претходила суициду најчешће су комбинација психичких обољења и болести зависности, а потом следе органска обољења. Код жена су на првом месту психичка обољења (два пута чешће него код мушкараца), а на другом месту, много мање учестала, органска обољења. На мушкарце често утиче распад породице, пратећа усамљеност, друштвена деградација и губитак социјалне функције у радном животу. Последњи одлучујући фактор често је осећај беспомоћности и очаја, који може бити почетак клиничке депресије и јаког, поготово несавладивог самоубилачког нагона. У том процесу, хронични стрес и осећај сагорелости су ти који посебно мушкарце приморавају да траже спас у алкохолу или неком другом злу као начину „самолечења”.

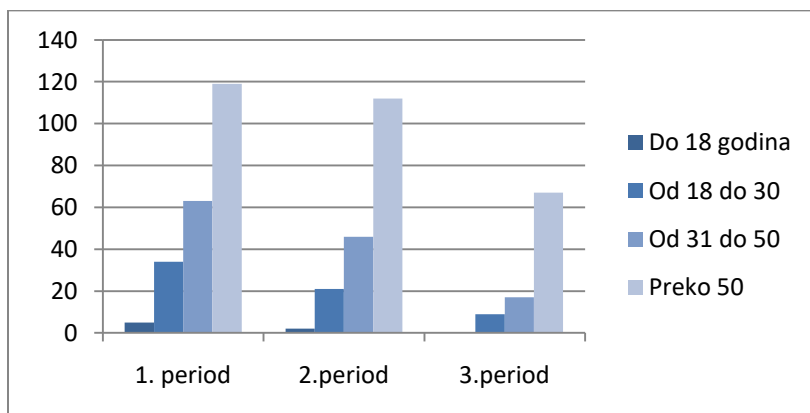
3. Суицид у односу на старост испитаника

У Бањој Луци, генерално, суицид извршавају старије особе, преко 50 година.

Графикон 21. Суицид у Бањој Луци у односу на старост испитаника



Графикон 22. Суицид у Бањој Луци у посматраним периодима



На графиконима бр. 5.2. и 5.3, који приказују дистрибуцију суицида у односу на старосну доб, затичемо ситуацију која је идентична са подацима из нашег истраживања. У свим посматраним периодима, у овом истраживању и у Бањој Луци укупно, најмлађе особе извршавају најмањи број суицида. С протеклом времена, тј. старењем, број суицида се повећава. Друга карактеристика је да се оваква дистрибуција среће у свим

опсервираним периодима, тако да је старосна доб као ризик за појаву суицида отпорнија на утицај друштвених збивања, него на пример пол, што је приказано у претходном делу.

Просечна старост мушког пола у овом истраживању је 56,52 године, а женског 52,34 године. Анализа показује да, у односу на старост, међу половима нема статистички значајне разлике. У првом посматраном периоду, просечна старост мушког пола је 52,26, а женског 52,84 године. У другом периоду је просечна старост мушкараца 57,82, а жена 52,20 година, док је у трећем периоду тај однос 60,60 година код мушкараца напрема 53,05 година за жене.

Рад сличне тематике (279) показује да је број самоубистава малолетника веома ретка појава у РС као општи тренд, али изузетак чини град Бања Лука и регија Бања Лука, у којој је последњих година регистровано више самоубистава малолетника, посебно зависника од дроге и алкохола. Забрињавајући је начин и разлози извршења самоубистава малолетника у друштвеној организацији РС.

Највећи број покушаја извршења самоубистава адолесцената, у старосној доби од 18 до 21 године, јесте када та лица не могу да заврше високе школе и да обезбеђују егзистенцију за себе, а механизми друштвене контроле су потпуно одсутни и мале су помоћи друштва популацији адолесцената, који су на прелазу између детињства и зрелог доба, када треба да формирају породицу и заснују радни однос.

Мањи је број самоубистава лица средње старости, која су засновала породичну заједницу и остварила радни однос, социјалну и материјалну стабилност за себе и чланове своје породице. Посебно је мали број самоубистава у стабилним породичним заједницама, тј. у онима у којима су етички и породични закони доминантни и у којима сви чланови породице одржавају породичну дисциплину и имају некакву материјалну егзистенцију. Код ове популације је најмањи и скоро занемарљив број самоубистава. Показатељи самоубистава на глобалном нивоу указују на пораст броја извршилаца самоубистава ове категорије, што није случај у РС.

Највећи број самоубистава је у старосној доби преко 60 година, али и у познијем старосном добу, посебно код удовничара и особа без пензионе и породичне збринутости.

У истраживању које су провели у Србији, Коцић и др. (277) запазили су тренд пораста стопе суицида са повећањем година живота, односно старосне групе. Овај тренд се, по њима, са једне стране, може објаснити повећањем удела старијег становништва у укупној популацији у односу на млађу популацију, као и лошијим општим здравственим стањем, лошијим социоекономским статусом, стресним ситуацијама попут губитка посла, породичних проблема и честом употребом алкохола и седатива. Такође, карактеристика ове старосне групе била је и лоша социјална адаптабилност. У нашој литератури наводи се да је старосна група од 65 и више година имала највеће учешће у укупном броју извршених суицида. У неким ранијим истраживањима наводи се да се стопа суицида разликује зависно од старосне групе. Тако је у Бугарској, Хрватској, Чешкој, Грузији и СР Југославији најчешћи суицид у старосној групи 65 и више година, а у Литванији, Киргистану, Естонији, Белорусији и Албанији у старосним групама 25–34 и 35–44 године. (278) Психичка и органска обољења најчешће су болести – стања која су претходила суициду. Са старењем се повећава учешће органских обољења. Ово се може објаснити значајним порастом депресивних стања, као и све значајнијом употребом психоактивних супстанци у нашој популацији, као и трендом раста броја малигнитета свих локализација. Поменуто истраживање показује да између особа различите старости постоји разлика у месту извршења суицида. Стари од 55 и више година најчешће извршавају суицид у кући или близу куће, док најмлађи (15–24 године) то најчешће чине у кући и на скривеном месту. Међу припадницима старосне групе 35–44 године било је највише хоспитализованих и корисника установа социјалне заштите, што за собом повлачи и већу учесталост суицида у болници и установама социјалне заштите у овој старосној групи. Ово истраживање, као и бројна друга, показала су да начин извршавања суицида не зависи од старости и да је најучесталија метода вешање, са тенденцијом све већег учешћа ватреног оружја у извршавању суицида, што је одраз лакше доступности.

Према истраживањима, сваки трећи дан у Црној Гори убије се једна особа, односно 125 особа за годину. На самоубиство се најчешће одлучују мушкарци у шездесетим годинама живота, иако је последњих неколико деценија забележен пораст самоубиства међу млађим мушкарцима у доби од 15 до 29 година.

Упркос разликама у географији и култури, растући тренд стопе суицида у старијој животној доби је јединствен у скоро свим земљама, што показује велики број истраживања и извештаја СЗО. (275, 278) Овај типични тренд је најочигледнији за људе старости од 65 и више година. Резултати анализа углавном указују на негативан однос између стопе економског раста и самоубиства, нарочито за радноспособне људе. Резултати анализе временских серија, даље, указују да низак ниво социјалне интеграције. Раст стопе развода, на пример, такође може имати улогу у расту стопе суицида старијих особа. Повезаност између стопе суицида и економских проблема (незапослености и економске кризе) била је најзначајнија међу средовечним мушкарцима.

У поређењу са четири земље/области Источне Азије (Хонг Конг, Јапан, Сингапур и Тајван), Јужна Кореја је јединствено доживела узлазни тренд стопе суицида током протекле три деценије, нарочито код старијих људи. Налази сугеришу диференцијалну везу између друштвених промена и стопе суицида у различитим фазама животног циклуса појединца. Ниски нивои социјалне интеграције и економски проблеми могу делимично објаснити тренд раста броја самоубиства у Јужној Кореји код старијих особа и мушкараца средњих година. (275, 276)

4. Дистрибуција суицида у односу на породични статус (брачни статус и деца)

Анализом података да ли су особе које су извршиле суицид биле у браку и да ли су имале децу, није добијена статистички значајна разлика. Подаци нису показали статистичку значајност ни само у односу на то да ли су били у браку, као ни за варијаблу да ли су имали децу. По нашим подацима, брачни статус и деца нису били ни заштитни ни ризико фактори у суицидалном чину.

Разлика такође није установљена ни у односу на три посматрана периода. Теорија која је у претходном делу текста изнесена – да се на суицид лакше опредељују старији мушкарци, посебно ако су разведени или удовци, а да у случају жена, материнство има протективну улогу, нисмо потврдили. Ипак, када се подаци пажљиво погледају, видимо да је проценат оних који су живели сами из неког од наведених разлога преко 50%, што је, разуме се, висок проценат.

По резултатима истраживања Милићевића (279), суицид извршава незнатан број ожењених, мада он наводи да не постоје прецизни подаци у институцијама РС који говоре о броју ожењених у извршавању самоубиства у РС. Аутор претпоставља да стабилност породичног живота и брига за породицу утичу на то да се не чине самоубиства.

Други податак који се наводи је да велики број самоубиства чине неожењени мушкарци. Посебно се издвајају они суициди које почине малолетници и лица у старосној доби до 30 година, која нису у брачној заједници, али и она лица која се сукобљавају са могућностима остваривања егзистенцијалних услова за себе и формирања породице.

Значајан број самоубиства разведених особа у Републици Српској је истраживањем Милићевића потврђен, односно самоубиства удовничара, који су остали сами из различитих разлога, као што су нарушени брачни односи или губитак брачног супружника, један су од доминантних разлога за самоубиства у традиционално патријархалним подручјима, као што је друштвена средина у Републици Српској. Животни конфликти повезани са разводом брака повећавају ризик за самоубиство код лабилних личности, што је карактеристично и за друштво Републике Српске, али и изненадна смрт неког од супружника може да представља друштвени узрок за сопствено самоубиство. Нека од самоубиства почињена су као убиство и самоубиство, односно прво је лице убило брачног супружника, најчешће из љубоморе, а одмах затим извршило и сопствено самоубиство.

Према литератури, брачно стање је важан фактор у генези суицида. Енрико Морсели (253), један од најутицајнијих аутора из ове области, поред Емила Диркема, био је први који је тврдио да самоубиство у Италији и Француској изврши пропорционално мање мушкараца који су у браку од оних који су самци, али је нашао супротне податке за жене. Он је такође показао да је удовиштво повезано са највећим ризиком од самоубиства код оба пола. Поред тога, он је утврдио да је развод снажан фактор ризика за самоубиства код оба пола. Диркем је утврдио да су статуси неудатих жена и удовица повезани са повећаним ризиком од самоубиства од оних које су у браку. Осим тога, он је показао да удовице генерално имају мање шансе да изврше самоубиство него неудате особе. Међутим, на основу својих података, Диркем није могао да утврди јасно да ли су наведени статуси били значајнији код мушкараца или жена. (280)

Утицајем брачног статуса на суицид се бавила и група мађарских истраживача. (281) Они су дошли до закључка да је породична сцена у Мађарској значајно промењена. Процент бракова је опао са 80% на 65% између 1990. и 2011. С друге стране, проценат ванбрачних заједница и породица са једним родитељем порастао је за 15% у истом периоду. Сличне промене (на пример, постепено смањење броја бракова и повећање броја ванбрачних заједница) типичне су у свим регионима Европе. (282)

Главни закључци на основу података из мађарских истраживања (282) јесу да су у складу са већином досадашњих резултата из других земаља. Сходно томе, открили су да је у свакој популацији брачни статус, у великој већини случајева, био повезан са значајно мањим ризиком од самоубиства у поређењу са другим брачним статусима (нпр. нежењен/неудата, разведен/разведена или удовац/удовица). У складу са резултатима неколико истраживања из других земаља (283, 284, 285, 286), нашли су слабије ефекте брачног стања на ризик од самоубиства код жена у односу на мушкарце. Међутим, њихови резултати не потврђују (али и не оспоравају) теорију да је ризик самоубиства код разведених особа смањен као последица тога што су разводи постали чешћи. (287)

Слична студија урађена је и у Јапану. (283) У Јапану је дошло до постепених промена у структури породице, са помаком ка нуклеарној породици, која се састоји од родитеља и деце. Истовремено, постојала је постепена тенденција смањења стопе бракова, заједно са повећањем стопе развода. Државни подаци за Јапан су показали пораст стопе развода од 1,22% на 1,99% и смањење стопе склапања бракова са 6,7% на 5,5%, што је довело до повећања броја људи који живе сами са 19,8% на 32,4% у периоду између 1980. и 2010. године. У 2010. години, удео особа старијих од 60 година који живе сами чинио је 11,9% мушкараца и 18,3% жена. Ови подаци указују на то да је однос појединаца који су удовци/удовице, разведени, или нежењени/неудате повећан, а чини се да ће се овај тренд наставити и у будућности.

Самачки живот је повезан са високим ризиком од социјалне изолације, а она даље може довести до самоубиства. Студија проведена у Јапану која је истраживала повезаност између брачног стања и самоубиства утврдила је да је међу 15.597 особа које су покушале самоубиство током периода од 14 година, 48 извршило самоубиство (29 мушкараца и 19 жена). Међу особама које су извршиле суицид биле су они који су живели сами, удовице

или разведени и показали су већи ризик за самоубиство него жене које живе под истим условима.

Распад породице, због развода брака или смрти супружника, може се посматрати као фактор који у основи има родни предзнак. Тако се различит ефекат у односу на одлуку о суицидалном чину може објаснити различитим повишењем нивоа стреса који произлазе из традиционалних родних улога. На пример, смрт брачног друга и развод су фактори ризика за самоубиство код оба пола, али ефекат је нешто блажи за жене. У западном свету, жене чешће одржавају друштвене и породичне везе којима могу да се обрате за подршку након губитка супружника.

Овде се неминовно намеће питање због чега наши резултати нису у складу са резултатима већине изнесених истраживања. Узрок се увек може тражити у статистичким грешкама, о чему је детаљно говорено у првом одељку. Међутим, осим регионалне и културолошке специфичности (у нашој средини се разведеној особи или удовцу/удовици поклања пажња, води се брига и околина се труди да помогне колико је то могуће), узрок се може тражити и у ширем друштвеном окружењу. После ратова, разарања, убистава и незнања свих врста, развод брака или самачки живот сигурно не представља такав стресор, какав је то у сређеним, организованим земљама.

5. Дистрибуција суицида у односу на школску спрему, занимање, економски статус и услове становања

У односу на ниво образовања, постоји статистички значајна разлика у односу на особе које су извршиле суицид. У послератном периоду, то су у 75% случајева биле особе са нижим образовањем, а у стабилном периоду и периоду економске кризе то су биле особе са средњом школом. У првом и другом посматраном периоду, особе са средњом школом су чиниле око четвртину узорка, а у трећем посматраном периоду оне су учествовале чак са 50%. Процентуална заступљеност особа са вишом и високом школом је била знатно мања у свим посматраним периодима и кретала се од 5% до 8%. Тако на основу добијених резултата закључујемо да постоји разлика у структури образовања особа које су извршиле суицид у односу на различите друштвене периоде. Актуелна друштвена

ситуација је та која делом дефинише профил особа које ће починити суицид, а у контексту степена образовања. У постратном периоду, најосетљивији су били они са нижим образовањем, док се у периоду економске кризе сензитивност за суицид померила ка категорији образованијих. Ово можемо тумачити већом потребом за запослењем људи са вишим образовањем, док је у периоду економске кризе дошло до затварања фабрика и предузећа, тако да су остали углавном физички послови који припадају особама са нижим образовањем.

Добијена разлика је статистички значајна и у односу на занимање. Између поменуте две варијабле неоспорно постоји висок степен корелације, тако да особе са нижим образовањем обављају једноставније физичке послове, док особе са вишим степеном образовања обављају сложеније и боље плаћене послове. У свим периодима се издвајају незапослени као најризичнија категорија за покушај суицида. Ови подаци су како у пракси тако и у литератури познати и детаљно описани. Осим тога, у првом периоду су били заступљени радници, у стабилном периоду радници и службеници, а у време економске кризе пензионери. Занимање се, као и образовање, показало као значајна варијабла у одлучивању на суицидални чин. Економска криза је, разумљиво, највише погодила радно неспособну категорију становника, који су због инфлације дошли у стање да постану социјални случајеви, истовремено без могућности да обављају било какве послове.

Трећа варијабла која се повезује са образовањем и занимањем је економска ситуација. За нашу средину није баш правило да образовање корелира са економским статусом, посебно када су у питању особе високог образовања, али, генерално, веза се не може оспорити. Тако добијени резултати показују да је суицид најзаступљенији код особа које свој статус оцењују као незадовољавајући (приближно 15%–20%). Углавном лош и незадовољавајући економски статус има око 40% испитаника, док одличан и углавном добар има око 25% испитаника. Када се посматра економска ситуација испитаника у три посматрана периода, не добија се статистички значајна разлика, што значи да облик кризе у садејству са економским статусом не утиче битније на појаву суицида.

Анализирајући промене током три периода у односу на услове становања, такође нисмо установили статистички значајну разлику. Међутим, и овде су подаци занимљиви јер преко 50% особа које су починиле суицид немају решено стамбено питање.

Добијени подаци захтевају врло детаљну обраду. Наиме, по нашим подацима, као значајне варијабле у односу на посматране периоде, истичу се ниво образовања и занимање, док се економски статус и услови становања током периода не разликују. Оваква констелација резултата наводи на закључак да је у последњих двадесетак година материјална ситуација изгубила на значају, и ређе детерминише суицидално понашање, него социјална ситуација у смислу нивоа образовања и занимања којим се особа бави.

Морсели је међу првима утврдио да самоубиство преовлађује међу добро образованим испитаницима (253). Слични резултати су установљени и у неким новијим студијама према којима особе са вишом школском спремом имају повећан ризик од самоубилачког понашања (286, 287), или да нема повезаности између суицидалног понашања и образовања (289, 290, 291). Међутим, већина истраживања показује да је ризик од самоубилачког понашања у негативној корелацији са факултетским образовањем. (292, 293, 294, 295, 296) Недавна метаанализа студија о самоубиству у односу на занимања је такође потврдила да је ризик од самоубиства већи у нижим стручним групама занимања. (297) Слично као у случају брачног стања, неке студије су показале да је обрнут однос или чак супротан међу женама. (298, 299) Објашњење за ову родну разлику може бити да предности у вези са образовањем више значе мушком полу, јер традиционално професионални успех више значи мушком полу, док су жене више окренуте породици, а професионална афирмација им је на другом месту. На крају крајева, исти ниво образовања пружа мушкарцима већу шансу за афирмацију него што је то случај код жена. Друго могуће објашњење може бити да су неки фактори ризика за самоубилачко понашање (на пример, алкохол и наркоманија) чешћи код мушкараца и људи са ниским социоекономским статусом. (300) Још једно објашњење које се намеће, а које је уско повезано са родним улогама је радни статус. Рањивост мушкараца може бити повећана у време незапослености због друштвених очекивања да мушкарци треба да обезбеде за себе и своје породице материјалну сигурност.

Карлос Норд са Универзитета у Цириху и његове колеге анализирали су податке које је прикупила Светска здравствена организација (СЗО) и Међународни монетарни фонд (ММФ) како би проценили утицај незапослености на самоубиства, у 63 земље, у периоду између 2000. и 2011. године. (301)

Године 2007. било је 41.148 самоубистава због незапослености (период економске стабилности у већем делу света је трајао од 2000. до 2009. године). Године 2009. десило се 46.131 самоубиство повезано са незапосленошћу, дакле око 5.000 самоубистава више у односу на 2007. годину. Сматра се да је то била последица економске кризе и политике штедње која је уследила након тога у више земаља.

Једно самоубиство од пет у вези је са незапосленошћу. Она повећава ризик од самоубиства за 20 до 30 одсто, наводи се у истраживању објављеном у часопису *The Lancet Psychiatry*. (302)

Повећана стопа самоубистава присутна је код оба пола и код различитих старосних група. Пензионери су такође посредно погођени када њихова деца изгубе посао, објашњавају научници. Стопа самоубистава повећала се шест месеци након пораста стопе незапослености. Реструктурирање тржишта рада и смањење броја запослених у предузећима током економске политике стезања каиша ствара додатни стрес на послу и осећај несигурности радног места код запослених, што утиче на ментално здравље радника. У таквим условима, повећава се ризик да осетљивије особе изврше самоубиство, наглашавају научници у поменутом истраживању.

Пораст незапослености имао је изразитији утицај у земљама где је њена стопа била ниска пре кризе. У тим земљама, неочекивано повећање стопе незапослености може проузроковати веће бојазни и већу несигурност него у земљама у којима је висока стопа незапослености дуже присутна. Тај податак може у једном делу објаснити и наше резултате, јер су становници Републике Српске боље адаптирани на друштвене недаће.

Гледајући генерално и уопштено, наши резултати не одступају значајно од литературних података, мада ни ту не постоји апсолутна конзистентност. Незапосленост, ниже образовање, лошији материјално-економски статус и лошији услови живота у значајном проценту опредељују особу на суицид. Међутим, када се исте варијабле прате

кроз различите друштвене периоде, као у овом истраживању, постоје одступања, без обзира на то што смо пратили популацију на истом подручју. Посматрани период носи карактеристике које образованијим и социјално стабилнијим особама дају веће шансе, док економска криза подједнако погађа све категорије, чак образованије и особе које раде сложеније и одговорније послове нешто више. Економска криза је посебно морбогена за пензионере.

6. Дистрибуција суицида у односу на место становања и миграцију

Статистички значајна разлика је добијена и у анализи места становања особа које су починиле суицид. Док су у постратном периоду у извршеним суицидима доминирале особе које су живеле на селу, у наредном, стабилном периоду кризе долази до приближавања процената. У време економске кризе су то биле у већем проценту особе из града. Да бисмо добили увид у епидемиолошку ситуацију наведене варијабле, наше податке ћемо анализирати у односу на податке Републичког завода за статистику Републике Српске (224–244).

Добијене податке ћемо упоредити са статистичким подацима који се односе на извршене суициде у Републици Српској. Тиме ће се ситуација у смислу процене суицида у селима и граду боље разумети. Наиме, према Закону о територијалној организацији и локалној самоуправи (1994), Република Српска је била подељена на 80 општина. Ово је обухватало и општине које су делимично или у потпуности после Дејтонског споразума припале Федерацији или Дистрикту Брчко. Године 1996. подела је ревидирана и од тада до 2012. Република Српска је имала два града и 61 општину. Од средине 2012, Република Српска има шест градова и 57 општина. Од 2015. године, Република Српска има седам градова и 57 општина.

Табела 61. Однос апсолутних бројева извршених суицида у Републици Српској и у Бањој Луци

| Период | Р. Српска | Бања Лука | Процент |
|------------|-----------|-----------|---------|
| 1996–2000. | 1824 | 221 | 12,11% |
| 2005–2010. | 1647 | 181 | 10,9% |
| 2013–2014. | 565 | 57 | 10,08% |

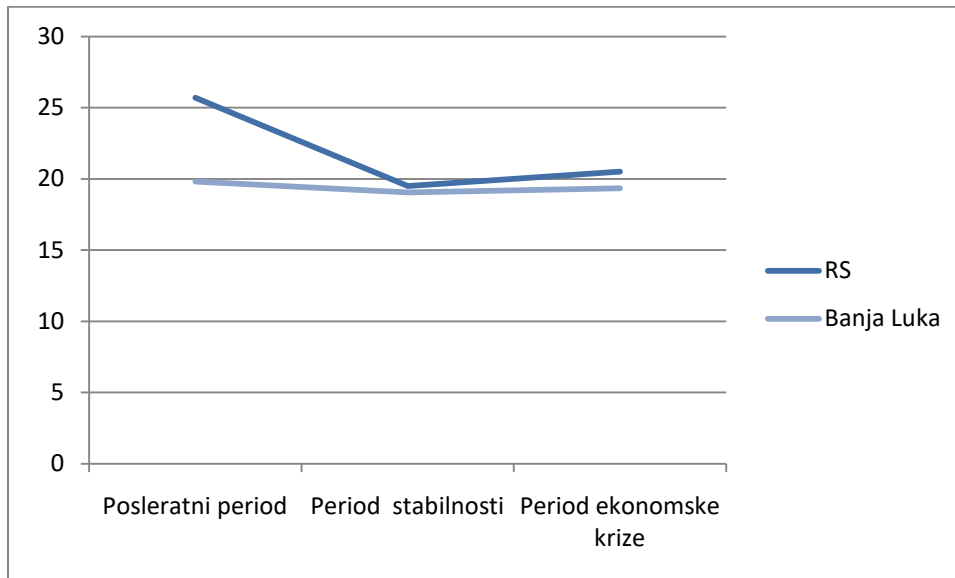
Подаци указују на процентуалну заступљеност извршених суицида у Бањој Луци у три посматрана периода. Док је у првом посматраном периоду та заступљеност 12,11%, у другом и трећем периоду је била 10,9% и 10,8%. По овим подацима, број суицида у другом и трећем периоду у граду пада.

Да бисмо добили што егзактније закључке, послужићемо се стопом суицида, као показатељем суицидалности.

Табела 62. Стопа суицида у три посматрана периода у Републици Српској и Бањој Луци

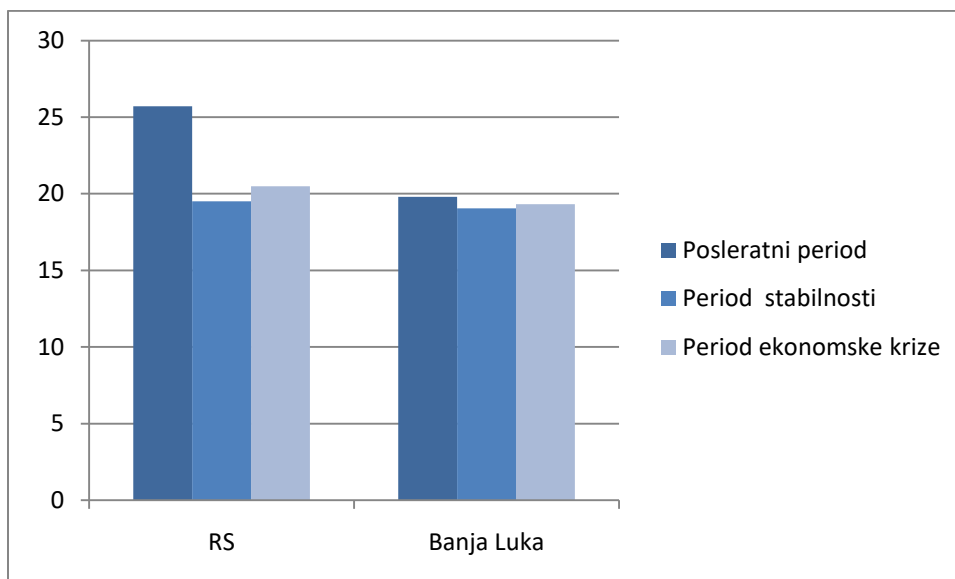
| | Послератни период | Период стабилности | Период економске кризе |
|-----------|-------------------|--------------------|------------------------|
| РС | 25,7 | 19,5 | 20,5 |
| Бања Лука | 19,8 | 19,05 | 19,33 |

Графикон 23. Стопа суицида у три посматрана периода



Наши подаци се за први и други посматрани период подударају са егзактним статистичком подацима, док у односу на трећи период постоји разлика. Можемо закључити да је по обе анализе стопа суицида у посматраном периоду виша у селима, а да се у стабилном периоду стопе изједначавају. Ово неслагање у трећем периоду се може објаснити чињеницом да је анкета вршена у Бањој Луци. Трећи период, статистички гледано, указује на приближно исту стопу суицида.

Графикон 24. Стопа суицида у Републици Српској и Бањој Луци



Разматрајући ове податке, запажамо разлику између стопе суицида у Републици Српској (РС) и у Бањој Луци, тачније, стопа суицида је скоро перманентно више у РС. Статистичком обрадом добијена је значајна разлика међу овим стопама. Просечна стопа суицида у РС је 21,65 +/- 4,49 самоубистава на 100.000 становника, у Бањој Луци је просечна стопа суицида 18,98 +/- 1,95 самоубистава на 100.000 становника годишње, тако да је F ранг - 5,31, а разлика је значајна на нивоу 0,001. Наведени резултат указује да је у Бањој Луци мањи број суицида него у осталим регионима РС, када се прати период од 24 године.

Пратећи графикон који показује стопу суицида у три посматрана периода, види се да је стопа суицида у свим периодима виша у Републици Српској него у Бањој Луци, што одговара општем тренду у току 24 године.

Стопа суицида, ако посматрамо одвојено Републику Српску и Бању Луку, има исти тренд. У послератном периоду стопа је била највиша, у стабилном периоду најнижа, а последње 2–3 године поново расте. Овај тренд, такође, одговара општем тренду за претходне 24 године.

Добијена разлика у односу на миграцију у наведена три периода је статистички значајна.

Процентуална заступљеност особа рођених у средини у којој су живели је углавном стабилна. Особе које су прешле у другу, сличну средину су извршиле суицид углавном у првом и другом опсервираном периоду, и то око 50% случајева. Особе које су прешле у другачију средину су највише суицида извршиле у трећем посматраном периоду.

У једном од својих радова где прати суицидалну идеацију и суициде, Јамамура (302) прати и разлику у појави суицида код становника који живе у руралним и урбаним подручјима. Уместо Дуркманове друштвене интегрисаности, овај аутор анализира поверење делећи га у две категорије: “опште поверење”, као поверење у већину људи из окружења, и “посебно поверење”, поверење у људе из групе којој припада (породица, радно окружење...). Главни закључак је да је поверење генерално у негативној корелацији са самоубиством. Након поделе узорка на урбану и руралну средину, резултати су се разликовали: у урбаној средини, “посебно поверење” је доприносило спречавању суицидалне идеације и суицидалног понашања уопште, док “опште поверење” није било од значаја. Насупрот томе, у руралним подручјима, “опште поверење” је утврђено као фактор који има протективну улогу, за разлику од “посебног поверења”, које није одвраћало од самоубилачких идеја и покушаја. Према томе, недостатак поверења као фактор генерисања, али и превенције суицида, у зависности од врсте области, има своје специфичности.

Цао и сарадници (303) бавили су се истом тематиком, тачније проценом значаја поверења на индивидуалном нивоу у градским и руралним подручјима Кине, са циљем да покажу да је поверење значајније повезано са старосном структуром становништва која чини већину у овим областима, што су кроз истраживања и потврдили. Насупрот томе, у нордијским земљама, поверење у суседе није показало значајну повезаност са суицидалним понашањем за одрасле преко 65 година старости (304). Ови резултати указују на то да улога поверења варира у зависности од друштва и традиције.

Утврђено је да постоје географске неједнакости у здрављу у оквиру великог броја земаља и да је географска неједнакост у односу на степен здравствене заштите порасла

током 1980-их и 1990-их. То је био период када су многе земље усвојиле неолибералне економске и социјалне политике, од којих је један од исхода био повећање неједнакости у здравственој заштити у различитим регионима (307). У Британији и на Новом Зеланду, на пример, комбиновани утицај економске дерегулације и заштите допринео је расту географске и друштвене неједнакости у здравственој заштити у овом периоду. Неједнакост се стално повећава, упркос обећањима владе о смањењу ове поделе. (307, 308)

Географске неједнакости у здравственој заштити нису ограничене на разлике у морталитету, већ укључују и мере морбидитета, као што су инциденце малигних болести (308), као и низ програма везаних за превенцију и унапређење здравља, укључујући и превенцију самоубиства (86, 84). Све веће испољавање географских неједнакости у заштити и унапређењу здравља доводи до расправа о стратегијама које имају за циљ да смање јаз у здравственим последицама између подручја. (310)

У фокусу многих регионалних истраживања везаних за здравствену политику је проучавање поделе која се јавља међу подручјима различитог социоекономског нивоа. (311) Истражујући наведено, дошло се до спознаја да степен здравствене заштите варира и на друге начине. Посебно, велики број истраживача примећује да постоји разлика у здравственој заштити између урбаних и руралних подручја једне земље. (312) Здравствене неједнакости између урбаних и руралних подручја су забележене у великом распону за низ здравствених услуга (313), укључујући и превенцију и стопу суицида (314).

Један од озбиљних показатеља неједнакости здравственог система између урбане и руралне средине који је добио значајну пажњу јесте самоубиство. (315) Иако самоубиство чини релативно мали проценат свих смртних случајева (око 2% међу већином земаља OECD), новије студије су приметиле стални пораст стопе суицида у протеклих 40 година (316) у великом броју земаља, укључујући Енглеску (94), САД (318), Данску (319) и Норвешку (320). Многе студије, како у пресеку тако и лонгитудинална праћења, нашле су већу стопу суицида међу руралним становницима, што одражава несразмерно развијање система здравствене заштите. (322) У Сједињеним Америчким Државама, Синг и Сиалуш (318) показали су да је стопа суицида између урбаних и руралних средина све већа у периоду од 1997, и то више за мушкарце него за жене. У Данској, између 1981. и 1997.

године, ефекат урбанизације није имао утицаја на жене, док је код мушкараца довео до повећаног ризика од самоубиства ако су живели у мање урбаним срединама.

Иако изгледа да постоји неки општи доказ из великог броја земаља за поларизацију у стопи суицида између урбаних и руралних подручја, у којој мери је то типично за све развијене земље остаје нејасно, као и објашњења таквих трендова. Тако је неопходно спровести даља истраживања, не само да би се истражило у којој мери је већа стопа суицида у руралним срединама, већ да би се провеле и превентивне мере.

Студија проведена на Новом Зеланду (306) нашла је да је популација која је покушала и/или извршила суицид у урбаним срединама била старија него популација у руралним подручјима, како мушкарци, тако и жене. Међутим, последњих година је дошло до највећег пораста стопе суицида међу сеоским мушкарцима и, у мањој мери, сеоским женама. До значајног повећања је такође дошло и у урбаним срединама које су окруживале ове руралне области. Највећи раст стопа самоубиства у сеоским срединама се догодио нарочито код млађих мушкараца (15–24 и 25–44) и млађих жена (15–24). Бржи пораст стопа суицида се догодио у руралним подручјима више него у урбаним регионима и у односу на старије мушкарце и жене (45–64), али се није одразио на најстарије старосне групе (65 и више година), иако је укупан пад стопе суицида у односу на старосну специфичност био мањи у руралним подручјима.

Иако је Нови Зеланд имао тенденцију да се разликује од многих других земаља у смислу апсолутне разлике у стопи суицида између урбаних и руралних средина, дошло је до приближавања стопе суицида између ове две врсте подручја и на тај начин постоји сличност са другим земљама и трендовима који се дешавају.

Разлози за ове националне сличности и разлике у обрасцима и трендовима у самоубиствима нису јасни, али могу да укључе различите дефиниције руралности, али и значај руралне економије за економско стање у здравству различитих региона. Економија, па индиректно и степен здравствене заштите руралних подручја, зависи углавном од развоја пољопривреде.

Ким (319) је истакао да није лако схватити разлоге за промене урбане и руралне разлике у стопи суицида, јер постоји велики број могућих објашњења. Могло би се рећи да су промене у саставу становништва у великој мери објасниле повећање нивоа сеоског самоубиства. У последње две деценије, делимично због иселјавања и делимично због урбанизације, становништво и социјални састав руралних подручја се драматично променио. Иако се велики број младих иселјава из руралних средина, истовремено и долазе млади из других региона и земаља који траже јефтиније услове становања и ниже трошкове живота. Тако су миграциона кретања вероватно утицала и на ову промену стопе суицида у великом броју земаља.

Истраживања у Аустралији су показала да присуство миграције има значајан утицај на проценат самоубиства, тако да новопридошли (уселјеници) имају већу стопу суицида него домаће рурално становништво. (322) На пример, у Сједињеним Америчким Државама је показано да су мигранти у руралним срединама углавном пензионери и разочарани становници градских средина (323), што је довело до повишеног нивоа стопе суицида у руралним подручјима. Фактори који су последица миграција су недостатак социјалних мрежа, промене у начину живота и повећано отуђење. (319) Међутим, упркос доказима да су проблеми менталног здравља и менталних болести посебно присутни међу нижим социјалним групама (324), већина студија о менталном здрављу показује веће стопе стреса у урбаним срединама (313).

Што се тиче материјалних фактора, бројне студије су показале да незапосленост повећава осетљивост за самоубилачко понашање (325), посебно међу младим мушкарцима (326). Било је неких доказа о ефектима незапослености на повећање стопе руралног самоубиства, тако да се стопом незапослености може објаснити делимично, али не у потпуности проблем везан за самоубиство.

Међутим, у којој мери ниво незапослености утиче на стопе самоубиства у руралним срединама тешко је утврдити из више разлога. Прво, неки аутори су показали да су ефекти незапослености на самоубиство привремени. (319, 327) Ако је то тачно, онда ефекти повећања незапослености не објашњавају наставак повећања стопа суицида у руралним срединама који су се догодили током 1990-их. Друго, однос незапослености и депресије варира у зависности од урбанизације, тако да незапосленост има мање

негативан утицај на ментално здравље код сеоског становништва у односу на мушкарце у урбаним срединама. (328) Ово би могло бити због виших нивоа социјалне подршке у руралним областима која спречава негативне ефекте незапослености или можда зато што рурална подручја имају више могућности за неформална запослења која стварају ефекте формалне незапослености, првенствено у остварењу материјалне добити.

Као што је тврдио Диркем, ниво социјалне интеграције у смислу припадности социјалним групама, одржавање међуљудских односа и осећај привржености друштвеним групама, повезани су са ниском стопом суицида. Ако су нивои социјалне интеграције ниски, о чему говоре показатељи да људи живе сами или разведени, онда то може представљати друштвену изолацију и атомизираност појединаца у заједници. Међутим, веома често су нивои социјалног капитала и организационог укључивања већи у руралним срединама, посебно међу женама. У руралним срединама постоји већа вероватноћа да ће жене користити друштвену мрежу за подршку, за разлику од мушкараца, који због „независности и снаге често одбијају да траже емотивну подршку од других“. Док ниво мушке социјалне изолације можда има удела у већој стопи самоубиства у руралној средини, ово је највероватније разлог суицида у „отуђеним“ урбаним срединама.

На крају, још једно објашњење пораста стопе руралног самоубиства се може наћи у различитим обрасцима коришћења здравствених услуга, нарочито служби за заштиту менталног здравља. Постоји јасна веза између руралности и пријављених нивоа психолошког стреса. Студије показују да је стопа тражења и пружања психолошке помоћи у општој пракси мања у руралним подручјима, да су нижи нивои коришћења специјализованих служби за ментално здравље и да сеоско становништво користи мање медикамената за третман поремећаја менталног здравља, што није случај са урбаним становништвом. Такви трендови одражавају већу стигму која прати проблеме везане за ментално здравље у руралним подручјима. (329, 330)

7. Суицид и разорени дом

Добијена разлика у овом истраживању у односу на разорени дом није статистички значајна. Из података се види да су ипак 40%–50% особа које су покушале суицид имале разорени дом у детињству.

Повезаност разореног дома и самоубиства се најчешће посматра кроз губитак самоконтроле. Готфредсонова и Хиршијева (331) теорија открива да породични фактори, посебно они који се односе на породичну структуру, могу да утичу на ниво самоконтроле. Према овој теорији, деца одрасла у разореним породицама, у поређењу са децом која су одрасла у комплетним породицама, развијају нижи ниво самоконтроле. Релативно мали број студија је тестирао однос између разореног дома и самоконтроле, који су описали Готфредсон и Хирши.

Упркос малом броју истраживања у овој области, постоје студије које су испитале да ли су деца самохраних родитеља изложена нижем нивоу самоконтроле. Њихови резултати (332) указују на то да дечасти који су одрасли у разореним породицама имају нижи ниво самоконтроле у односу на децу која одрастају у комплетним породицама. Друга студија, спроведена од стране Мелдрума (333), налази да су деца из разорених породица без обзира на пол са значајно нижим нивом самоконтроле.

Механизми који могу ово да објасне нису познати у потпуности. Претпоставља се да је корелација између уништених домова и самоконтроле резултат неефикасне родитељске социјализације, што, заузврат, спречава развој дететове самоконтроле (331). Прецизније, Готфредсон и Хирши тврде да један родитељ мора посветити доста времена подршци и активностима које иначе обављају два родитеља, што значи да је способност самохраних родитеља да надгледају своју децу и кажњавају њихове абнормалне обрасце понашања смањена.

На основу ове линије резонавања, логично би следило да деца која су одрасла у реконституисаним домовима (на пример, биолошки родитељ и очух или маћеха) показују мање проблематично понашање од деце из домова самохраних родитеља. Ово би требало да буде случај јер у тим ситуацијама постоји додатни чувар у кући који помаже у надзору, праћењу и дисциплиновању детета. Највећим делом, међутим, емпиријски подаци не

пружају подршку овој претпоставци. (333, 334) Уопштено, студије су показале да деца напуштена од једног биолошког родитеља која живе са другим биолошким родитељем и са очухом или маћехом доживљавају низ негативних исхода и тешкоћа у понашању. (335)

У другом случају, нижа самоконтрола деце из разорених породица се посматра у генетском контексту. Развод брака врло често подразумева да један родитељ није имао самоконтролу над својим понашањем, што се пренело и на дете. Постоји велики број фактора који могу бити одговорни за повезивање разарања породице са ниским нивоом самоконтроле, на пример, низак ниво образовања родитеља, насиље, зависност... (336)

У неким даљим истраживањима или истраживањима суицида из неких других аспеката, овај утицај би свакако требало да буде испитан. За ово истраживање, са циљем да се утврде специфичне карактеристике суициданата у односу на друштвена збивања, мање је битна узрочно-последична веза, али је евидентно да трауме из детињства стварају значајну предиспозицију за суицид. Ова осетљивост се одржава равномерно у свим периодима, тако да указује на слабији утицај друштвених збивања. Размишљајући на овај начин, долазимо до претпоставке да су емоционална нестабилност и ниска самоконтрола више детерминисани генетски, о чему је писао Клевленд (336).

8. Стресни животни догађаји, смртни случајеви у најближем окружењу и постојање конфликтних ситуација пре суицида

У односу на животне догађаје у нашем истраживању, постоји статистички значајна разлика. Интересантно је запазити да су у свим периодима у око 50% случајева заступљене особе које су имале неповољни животни догађај у претходних шест месеци, док је та разлика најизраженија у последњем периоду. Око 75% суициданата је у последњем посматраном периоду имало неки стресни животни догађај који је претходио суициду. Овде се отвара питање због чега је толеранција на овакве догађаје нижа него у претходним периодима.

О повезаности стреса, поремећаја прилагођавања и суицидалног понашања је писано у уводу. Неке од најновијих теорија самоубиства (нпр. интегрисани мотивационо-вољни модел) све више препознају улогу животног стреса у етиологији самоубилачког понашања. (337) Студије показују да су појединци који покушавају самоубиство имали већи број стресора, а посебно су стресни поремећаји међуљудских односа. (338) Исто тако, животни стрес је имплициран у алтернативним облицима психопатологије, попут депресије (339), која је позната као посредник суицидалног понашања.

Озбиљни неповољни животни догађаји шест месеци пре суицида забележени су у једном истраживању код 85% жена, за разлику од групе пацијенткиња које су развиле депресију у периоду од две године. (340) Суицид је био присутнији када је постојао озбиљнији неповољни догађај (или догађаји) који је био праћен факторима социјалне угрожености, а нарочито оним повезаним са недовољном подршком. (341) Тешки негативни догађаји од значаја за суицид укључују велике губитке или опасност по живот, док су друге карактеристике важније у покретању депресије. Доживљај понижења, пораза и осећаја заробљености и немоћи у односу на ситуацију су често важнији од стварног губитка.

Смртни случајеви у најближем окружењу и постојање конфликтних ситуација пре суицида у овом истраживању нису показали статистички значајну разлику у односу на посматране периоде. Ово наводи на закључак да наведени стресогени фактори не зависе од друштвених услова, већ аутоагресивно понашање генеришу аутохтоно.

Велики део литературе подржава закључак да изложеност широком спектру неповољних животних догађаја повећава рањивост појединца на суицидално понашање. На пример, стресни животни догађаји у вези са родитељима су важан стрес. (341) Осим тога, губици блиских особа и конфликти (укључујући поремећај односа, сукобе са партнерима, породицом и пријатељима, и жалост због тога), такође често преципитирају покушај самоубиства. Иако животни догађаји током животног циклуса могу бити моћни фактори ризика за суицидално понашање, нејасно је да ли је њихов утицај различит за први и поновљени покушај и, ако јесте, у ком правцу.

Однос социјалне беде и незапослености, са једне, и суицидалног понашања, са друге стране, објашњен је у претходним поглављима. Сабирајући податке овог истраживања, видимо да је највећа стопа суицида била у постратном периоду, али да су ти суициди били у нижем проценту условљени стресним догађајима. У последњем посматраном периоду, стопа суицида поново расте, а утицај стресних догађаја је значајнији, чак код 75% испитаника. Ово наводи на размишљање да је поновљена криза, након краћег друштвеног „смирења” током година социјалног благостања, довела до веће сензитивности на стресор, тачније, људи су били више сензибилисани, па је и мањи окидач био довољан за овакву аутодеструктивну одлуку.

Као што се види из истраживања, наведени фактори се наводе као значајни за суицидални чин. Посматрајући податке независно од опсервирана три периода, видимо да су ови фактори присутни у високом проценту. Смртни случајеви у најближем окружењу су постојали у приближно 20% случајева, док је конфликт пре суицида постојао у око 40% случајева. Најзаступљенији у свим посматраним периодима су били конфликти са члановима породице. Тако се наши подаци поклапају са подацима из литературе, али се у оквиру нашег истраживања, с обзиром на други фокус посматрања, не издвајају као значајни.

9. Телесне болести

У односу на телесне болести није добијена статистички значајна разлика. Интересантан је податак да је телесне болести у свим периодима имало између 27% и 38% испитаника, што је врло висок проценат.

Италијанска 11-годишња контролисана студија самоубистава је показала да се ризик од суицида троструко повећава са бројем соматских болести, посебно код оних који нису били на антидепресивима. (342) Потреба за антидепресивном терапијом је уследила због депресивне реакције на соматске болести. До сличних резултата је дошао и Кин са сарадницима. (343)

Ризик од самоубиства код особа са соматским поремећајима је отприлике исти код мушкараца и жена, као што је пронашао и Кин са сарадницима. (343) Старије особе су имале дупло већи ризик од младих. Овај несклад између старосних група није пријављен у неким другим студијама. (344) Ипак, у студији психолошке аутопсије из Италије (345), аутори су приметили да је стопа медицинских болести код старијих самоубица од три до шест пута већа него код младих и особа средње животне доби које су починиле самоубиство. Поменута италијанска студија је утврдила да је ризик од суицида виши од четири пута међу телесно болесним особама старијим од 60 година, што је такође установљено и у другим студијама. (346) Пошто су самоубиства генерално чешћа међу старијим особама, посебно оним које имају телесне болести (347), ови налази су од значаја за превенцију самоубиства.

Истраживање рађено у Данској је показало да је повећан ризик од самоубиства у свим соматским дијагностичким категоријама. (343) Малигне болести су означене као независни фактори ризика за самоубиства. (344, 348, 349) Респираторни поремећаји носе, после малигну болести, највећи самоубилачки ризик, тачније повећање ризика од суицида за 2,5 пута.

Посебну пажњу истраживача је привукао већи ризик од самоубиства међу особама са неодређеним симптомима, знаковима и недефинисаним стањима. Ћин и др. (343) дају објашњење да су необјашњиви симптоми и знакови можда соматизациони корелати повезани са психијатријским поремећајима као што су депресија и анксиозност.

10. Учешће у рату

Добијена разлика у односу на податак да ли је суицидална особа учествовала у рату је статистички значајна. У постратном периоду је то било 47% суициданата, док је у наредним периодима тај проценат износио око 30%. То би значило да је свака друга особа која је починила суицид у првом периоду учествовала у рату. У наредна два периода то је била свака трећа особа. Учешће у рату се, према овим подацима, издваја као врло битан суицидогени фактор.

У току рата (1992–1995) и у послератном периоду наше друштво је било најближе Диркемовом его-аномичном друштвеном типу. Појам аномије Диркем користи да би означио стање ниског степена регулације (степенa нормираности) друштва, у којем не постоји контрола појединаца, у којем су они дезоријентисани и склони самоубиству. Повећане стопе суицида на територији Републике Српске у послератном периоду (нарочито мушкараца) и прелазак од ранијих нижих стопа карактеристичних за нашу популацију на високе стопе суицида указују на то да су у овом периоду били изражени друштвени суицидогени фактори неоспорно везани за ратна дејства. Као што видимо из резултата, посебно се издвајају учесници рата. Диркемов став да је самоубица дубоко детерминисан друштвеном средином има посебно значење у овом периоду, на шта нам указују и високе стопе суицида учесника у рату, као популације која је суочена са свим недаћама овог периода. Учесници рата су често ратни војни инвалиди и њихове породице су суочене са низом веома тешких проблема (стамбеним, материјалним, преквалификацијом, здравственим, психичким, породичним), који се решавају споро.

Стање безнађа (и све учесталија размишљања о самоубиству и извршавање самоубиства) у којем се наша популација било је добрим делом условљено њиховим неповерењем у државне институције, доживљајем одбачености и незаинтересованости друштва за њих и непредузимањем адекватних мера помоћи.

Код испитиваних ратних војних инвалида примећено је у послератном периоду повећано присуство свих испитиваних симптома депресије, анксиозности и психосоматских реакција, а развој алкохолизма примећен је на ратишту, као и присуство претоксикоманске и токсикоманске фазе после рата. (352) Ово свакако може бити узрок повећаног броја суицида међу учесницима рата и у овом истраживању. Наведено истраживање (352) утврдило је повећање свих психосоматских реакција у просеку за око 3% у послератном периоду у односу на период пре рата.

Тако можемо закључити да је рат повећао вулнерабилност особа које су у њему учествовале, јер их је доводио у непосредну животну опасност где су се “десензибилисали на смрт”. У постратном периоду они су прелазили у нову средину, где нису имали пријатеље, тако да су се осећали отуђено. Пресељење у нову и непознату средину, слаба

комуникација са околином, проблеми са организовањем слободног времена могу да доведу до развоја поремећаја прилагођавања и до социјалне изолације. Присуство свих наведених социјалних, породичних, брачних, здравствених (соматских) и психичких проблема условили су да учесници рата у послератном периоду чешће извршавају самоубиство.

Историјски гледано, стопа самоубиства међу војницима САД је била испод опште стопе суицида у популацији. Међутим, стопа самоубиства војске се драматично повећала у последњих неколико година, док је цивилна стопа прилично стабилна. (350) Разлог за ово повећање је непознат. Иако је неколико недавних студија испитивало узорке овог повећања суицида међу војском у настојању да се повећа разумевање овог фактора ризика (350, 351), до значајнијих резултата се није дошло. Чињеница је да отприлике једна трећина војника покушава самоубиство. Са једне стране, разматра се постојање латентних психијатријских поремећаја пре ступања у војску, а са друге стране се истиче потенцијални значај контакта са непосредном животном опасношћу и оружјем.

11. Суицид и психијатријски хередитет (психијатријске душевне болести, алкохолизам и суицид)

У односу на психијатријски хередитет у три посматрана периода није добијена статистички значајна разлика. Да бисмо прецизније анализирали ове податке, одвојено су анализирани подаци о психијатријском хередитету без алкохолне зависности, затим постојање алкохолне зависности у породици, и на крају покушаји суицида у породици. Разлика ни у једној посматраној варијабли није била статистички значајна. Ипак је интересантно запазити да је хередитет био присутан код 55%–60% соба које су извршиле суицид. Разматрајући процентуалну заступљеност наведених поремећаја, запажамо да је алкохолизам био најприсутнији, чак код око 45% починилаца суицида. Заступљеност психијатријских поремећаја је од 34% до 40%, а суицида у породици између 24% и 33%.

Утицај породичне историје међу пацијентима који су извршили суицид су истраживале бројне студије. Тако Роданте и сарадници налазе да је позитивна породична анамнеза присутна чак код 83% особа које су извршиле суицид, а да је суицид био

присутан код 23% испитаника. (353) Друга група истраживача (354, 355, 356, 357) налази заступљеност породичног хередитета код 25%–35%, а суицидалних покаушаја између 18% и 24%. Наши резултати се по процентуалној заступљености психијатријских поремећаја налазе између наведених студија. Питање суицидалног понашања у породицама где постоји породични хередитет, а посебно суицид, заокупља пажњу истраживача. У овом питању се разматра више аспеката утицаја. Најзначајнији је генетски пренос психијатријског поремећаја који чак код млађих особа може бити и непрепознат у време покушаја или извршења суицида. Друга тема је утицај преузимања образаца понашања, тачније стратегије суочавања са проблемима и начином њиховог решавања који се као такви наслеђују у дисфункционалним породицама. Са социолошког аспекта је занимљиво разматрање социјалне подршке која се пружа члановима породице у којима је неко психијатријски пацијент или је извршио суицид.

Позитивна породична анамнеза по налазу великог броја аутора повећава ризик од суицида, посебно када се ради о постојању дистимије, анксиозних поремећаја (фобије и генерализовани анксиозни поремећај), поремећаја везаних за злоупотребу и зависност од дрога и алкохола и антисоцијалном поремећају личности. (359, 360, 381, 362)

У истраживању Холма (363), резултати указују на то да су све врсте постојања психијатријских поремећаја у породици повезане са повишеним ризиком од покушаја самоубиства. Позитивна породична историја је у његовом истраживању била присутна код три четвртине (75%) суицидалних особа. Суицидалне особе са позитивном породичном историјом су имале готово четири пута више покушаја самоубиства од оних без хередитета. Суицид је више превладавао код мушкараца са породичном историјом алкохолизма у односу на оне без алкохолне зависности и у односу на жене. Ово би се могло тумачити у светлу специфичних породичних односа и дисфункционалних образаца понашања, што би било у складу са налазима претходних литературних података. (364, 365, 366) Осим тога, код ових суицидалних особа је дијагностикован већи проценат поремећаја личности, а у оквиру њих посебно гранични и антисоцијални поремећаји личности.

Утицај алкохола захтева засебну опсервацију када се говори о утицају на суицидално понашање. Прекомерно узимање алкохола накратко смањује и стрес.

Међутим, дуже конзумирање води до смањења стресног хормона који утиче на биолошке процесе који брзо воде смањењу нивоа серотонина и једној специфичној клиничкој слици депресије и тиме особа улази у зачарани круг. Капамација даје један други епидемиолошки податак издвојивши из свог суицидног узорка групу алкохоличара. Уочио је да се неалкохоличари готово уопште не разликују у односу на пол, док се код алкохоличара пропорција попела на читавих 9 : 1 за мушкарце. (274, 367)

С обзиром на добијене податке из нашег истраживања, да се утицај породичног хередитета исказује као значајан и у високом проценту, а да током различитих облика друштвених криза не показује статистички значајну разлику, наводи на закључак да је породични хредитет као фактор суицидалности доминантнији од социјалног фактора, тако да спољашњи социјални догађаји на њега не делују битније.

12. Психијатријско лечење и употреба психофармака код суицидалних особа

Према италијанској 11-годишњој case-control студији самоубистава, пацијенти са психијатријским поремећајем имају 50 пута већи ризик од самоубиства. (368) Ова студија је показала да су психијатријске и телесне болести снажно повезане са смрћу самоубиством, иако је значај психијатријских поремећаја донекле ослабљен у претходном периоду, као што је примећено и у другим студијама. (343) Ризик за суицид се код психијатријских пацијената повећава са повећањем броја соматских болести, што је у складу са налазима данске студије Кина и сарадника. (369)

Поменута италијанска студија је показала да је 40% жртава самоубиства у години пре смрти имало преписане антидепресиве, али је само једна трећина њих била истрајна у лечењу. Ова чињеница је израженија код мушкараца, чије је узимање антидепресива било мање од 8%, у поређењу са 23% код жена. Ниска употреба преписаних антидепресива је такође пронађена код жртава самоубиства са претходном хоспитализацијом због афективних поремећаја (57%). Ниска стопа издавања рецепата је била у складу са другим истраживањем из тог истог региона, када је посматран период од последњих 90 дана живота.

Ризик од самоубиства код особа са психијатријским поремећајима је отприлике исти код мушкараца и жена, као што је пронашао Кин. Старије особе су имале дупло већи ризик од телесних болести него млади. У студији психолошке аутопсије (370), аутори су приметили да је стопа медицинских болести код старијих суициданата три до шест пута већа него код одраслих и млађих особа које су починиле суицид.

Разматрањем утицаја психијатријских поремећаја долази се до процене ризика од самоубиства међу пацијентима са неодређеним телесним симптомима, знаковима и лоше дефинисаним стањима. Ђулио и Ћин дају објашњење да је мноштво необјашњивих симптома и знакова можда соматизација повезана са основним психијатријским поремећајима као што су депресија и анксиозност.

У оквиру истраживања самоубиства, психијатријски поремећаји су детаљно анализирани са јасним доказима да психопатолошки проблеми повећавају ризик од самоубиства у свим старосним групама. Према неким психолошким аутопсијама, психијатријски поремећаји се налазе у око 90% случајева самоубиства. (371, 372) Међутим, у другим студијама, психијатријске дијагнозе су потврђене у 42,1% случајева самоубиства у Канади. (373) Недавно објављен систематски преглед литературе о друштвеним факторима суицидалног понашања у старијој животној доби указао је на недостатак социјалне повезаности код особа са суицидалним понашањем, посебно код особа оболелих од телесних и психијатријских поремећаја. (374) Велика аустралијска студија је пронашла да су суицидалне идеје и покушаји код старијих особа у високом проценту подстакнути психијатријским психопатолошким стањима, као што су депресија, анксиозност, тренутна употреба антидепресива, претходни покушаји самоубиства и соматски фактори, као што су бол и инвалидност.

У овом истраживању је установљено да је отприлике 25%–30% особа које су извршиле суицид имало дијагностикован психијатријски поремећај и да су се психијатријски лечили, од 35% до 40% је користило психофармаке, али да посматрани временски периоди не показују статистички значајну разлику. Ови проценти су нешто нижи него проценти који се помињу у литератури. Образложење можда лежи у кризним друштвеним периодима, када је толеранција друштва на психијатријске поремећаје већа, и када лоше психичко стање постаје мања брига него насушна егзистенција. Истовремено се

отвара и питање ефикасности здравственог система. У постратном периоду приоритет су свакако имали инвалиди и тешко телесно оболеле особе, док је психијатријска патологија била у сенци. Све ово указује на један специфични друштвени контекст који се као такав одржава кроз период стабилизације и касније кроз период економске кризе. Посебну анализу би захтевала и анализа здравственог система у Републици Српској уопште, посебно у односу на психијатријске поремећаје.

У оквиру даље анализе података посебно су обрађена стања депресивности, органског мозданог синдрома и психотична стања.

Депресивност и суицидалност

Као што је претходно већ наведено, међу психичким обољењима и поремећајима који су претходили суициду, нарочито код жена, доминира депресија. Искуства из литературе говоре да су мушкарци ти код којих депресивна стања најчешће нису дијагностикована, па су самим тим ређе лечена. То би могло бити објашњење за досад тешко објашњиву парадоксалну чињеницу да мушкарци, иако статистички упола мање погођени депресијом него жене, чешће одузимају себи живот. Појава учесталијег „самоубилачког нагона” код мушкараца, по свему судећи, може се тумачити неодговарајућом дијагностиком и третманом депресивних стања која су и те како присутна код мушкараца. У истраживању С. Коцић и сарадника (277), психијатријски поремећаји су код суицидалних пацијената присутни у 30%–50% случајева. Психичка и органска обољења најчешће су болести и стања која су претходила суициду. Са старењем, смањује се учешће болести зависности, а повећава се учешће органског обољења. Ово се може објаснити значајним порастом депресивних стања, све значајнијом употребом психоактивних супстанци у нашој популацији, као и трендом раста броја малигнитета свих локализација. Суицид код особа са депресијом и употреба психоактивних супстанци најчешћи су психички поремећаји који су претходили суициду, и то депресија са 35,8% и употреба психоактивних супстанција са 22,4%. У истом истраживању аутори налазе да је

код жена, када се говори о суициду, најчешће реч о чисто психичком обољењу (65,3%), и то су у 75% случајева депресивна стања. На мушкарце често утиче распад породице, пратећа усамљеност, друштвена деградација и губитак социјалне функције у радном животу. Последњи одлучујући фактор често је осећај беспомоћности и очаја, који може бити почетак клиничке депресије и јаког, готово несавладивог самоубилачког нагона. (274)

Утицајем депресивности на суицидалне мисли и покушаје бавио се и Де Лео са сарадницима. Тешке депресивне епизоде су биле подједнако заступљене код суицидалних особа различите животне доби, док су сви други поремећаји расположења били нешто виши у средњим годинама у односу на старије. Злоупотреба супстанци и психотични поремећаји су били знатно чешћи међу самоубицама средње доби. У обе старосне групе, особе које су извршиле самоубиство су биле знатно чешће са психијатријским дијагнозама. (375) Превели и сарадници су утврдили да је у групи суицидалних особа од 39% до 46,6% имало неки облик депресивног поремећаја. (376) Осим тога, недавна квалитативна студија која је анализирала самоубиство међу старијим особама у Норвешкој, показује да су њихова аутентична соматска и психичка клиничка стања присутна у мањем проценту него што се очекивало од квантитативних истраживања. Њихови резултати су показали да старији људи изразито тугују због чињенице да се њихов живот ближи крају. То би могло бити објашњење за прецењивање утицаја депресије код старијих особа које покушавају и извршавају самоубиства. Надаље, старији људи можда траже више помоћ у смислу третмана за депресију него млађи.

Као што је у претходном тексту већ споменуто, тачан утицај депресије је врло тешко одредити. Једна од отежавајућих околности је група суицидалних пацијената која се није јављала психијатру, тако да су практично без дијагнозе, а друга група сиве зоне депресивних пацијената су случајеви са соматским поремећајима, код којих је телесна тегоба била само корелат психичких тегоба.

У овом истраживању, а на основу психолошке аутопсије, дошли смо до податка да је депресивност била могућа код 10%–30% суициданата, док је врло вероватна депресивност била присутна код 20%–30% особа које су извршиле суицид. Овај проценат се делимично уклапа у податке из литературе. При објашњењима неких дивергентних

налаза може се само спекулисати. Разлике у методологији, нарочито у погледу постављања дијагнозе, посебно психолошком аутопсијом, свакако су најспорнија тачка.

Интересантан је податак да је депресивност била најзаступљенија у другом посматраном периоду, оном најстабилнијем. Поново се поставља питање да ли хетероагресија умањује аутоагресију и обрнуто, и да ли особе које се боре за егзистенцију показују мање суицидалних тенденција. У постратном периоду и периоду економске кризе процентуална заступљеност депресивних поремећаја је била приближно иста.

Да бисмо прецизније објаснили овај проблем, анализирали смо психопатолошке симптоме у оквиру депресивних стања. Тако смо дошли до података да су у првом посматраном периоду депресивни синдром чинили: депресивно расположење, губитак апетита, поремећај сна, психијатријски херeditет, губитак интересовања и социјална изолација. У другом посматраном периоду доминирали су: депресивно расположење, губитак интересовања, поремећај сна, доживљај бесперспективности и поремећај апетита. У трећем посматраном периоду то су били социјална изолација, осећај бесперспективности, губитак апетита, осећај кривице и агитација. Приказани подаци документују да је клиничка слика депресије или скуп депресивних симптома који доводи до суицидалног понашања у различитим периодима различит, што је свакако условљено социјалним окружењем и факторима.

Суицид и психотична стања

Суицидално понашање се често јавља код пацијената са психозом. То је један од врло важних узрока смрти код шизофреније. (377) Истраживањем се дошло до доказа да се суицидално понашање разликује у различитим фазама болести. (378, 379, 380, 381) Постоји разлика у стопама суицида између пацијената који су у првој епизоди психозе (FEP) и оних са дуготрајним психотичним поремећајем, са закључком да је број суицида виши у раним фазама (380, 382, 383). У свеобухватној метаанализи 61 студије, Палмер и сарадници (382) утврдили су да је преваленција стопа извршеног самоубиства у првим епизодама била 5,6%, што је три пута више од оне код пацијената са хроничном

шизофренијом. Осим тога, стопа покушаја самоубиства код пацијената који имају FEP је висока, у распону од 10% до 20%. (379, 380, 384, 385)

Импликације ове стопе су забрињавајуће и стога је већина програма раног откривања и интервенција психоза фокусирана на смањење ризика од суицида код болесника са FEP. У том смислу, студије су покушале да расветле факторе ризика повезаних са суицидалношћу у FEP. Истраживања су показала да је млађа доб почетка психозе значајније повезана са покушајима самоубиства. (378, 383, 385) Претходна суицидална понашања, посебно породична историја покушаја самоубиства, такође је документована као један од снажних предиктора ризика од самоубиства током FEP. Повезаност између поремећаја, коморбидитет са самоубиством код пацијената са FEP је испитана у неколико студија. У бројним студијама су се пронашли као коморбидни поремећаји злоупотреба дрога и алкохола, чиме се повећава ризик од суицидалног понашања. (382, 383, 385) Више истраживања је потврдило појаву депресије у психозама, уз претходно дијагностиковану депресију, као и текућу актуелну депресивну епизоду, што је указало на значајну корелацију са самоубиством код ових пацијената. (382) Уптегров и др. (2010) указали су на присуство клинички значајне депресије у различитим фазама FEP, тако да се депресија и суицидалност у различитим комбинацијама јављају у 63% узорка. Налази за повезаност нелечене психозе (DUP) и суицидалног понашања у FEP су различити. Док је једна група истраживача пријавила значајну корелацију између ове две варијабле (380, 383), други су негирали такав однос (378).

Неколико студија се фокусирало на повезаност са извршеним самоубиством, посебно у FEP. Као што је известио Помпили са сарадницима (382), постоји проблем у разликовању фактора ризика за покушај самоубиства и извршено самоубиство, јер не постоје студије о томе. Нордентофт и сарадници (378) установили су смањење стопе извршених самоубиства и пронашли су повишене стопе самоубиства у првој години терапије код млађих пацијената, са најчесталијим јављањем после хоспитализације. У првој години лечења су установили да је у 60% случајева повишен ризик од суицида. (378) Неколико других студија су пријавили мушки пол, претходне покушаје самоубиства и депресију као предиктивне факторе самоубиства код болесника са шизофренијом, али ове студије нису испитале FEP. (377, 378)

Анализирајући податке из литературе, долази се до закључка да је психотична епизода озбиљан декланширајући фактор суицидалног понашања, док се ова повезаност и даље изучава. У нашем истраживању психотична стања (сигурна и могућа) била су присутна у око 20% случајева. У различитим посматраним периодима није било статистички значајне разлике, што поново говори о резистенцији ових поремећаја у односу на друштвене факторе. Анализом симптома смо установили да је у првом посматраном периоду доминирала комбинација позитивног психијатријског хередитета, психијатријског лечења и употребе психофармака. Ово се може схватити као тежи облик поремећаја, због чега су се пацијенти јављали на лечење и узимали психофармаке. У другом посматраном периоду су доминирали губитак интересовања, пад ефикасности, дезорганизовано мишљење, бизарни мисаони садржаји и сумњичавост. Наведено стање одговара флоридној клиничкој слици. У трећем посматраном периоду су доминирали психијатријски хередитет, пад интересовања, пад ефикасности и дезорганизовано мишљење. Без обзира на то што је стопа суицида слична, симптоми који су се појављивали код психотичних особа које су починиле суицид били су различити.

Суицид и органски мождани синдром

Старији људи имају већи ризик од извршеног самоубиства него било која друга старосна група, а особе преко 75 година имају највећи ризик од свих. (389, 399, 391) Код старијих особа самоубиство је комплексан и мултифакторијалан феномен, а изазов је за идентификацију биолошких, психолошких и социјалних фактора који су релевантни за самоубиство. (390, 391, 392)

Иако нема сумње да је значај психијатријског поремећаја, посебно депресије, врло важан у касној животној доби особа које су покушале или извршиле самоубиство (391, 392, 394), допринос деменције у етиологији самоубиства у старости остаје контроверзан. Ризик од самоубиства у случајевима деменције често се сматра ниским, а ово се делимично приписује вишим нивоима надзора у таквим случајевима и потешкоћама које имају особе са когнитивним дефицитима, па због тога имају проблем са планирањем и извршавањем суицидалне радње. У метаанализу 249 извештаја о смртности од менталних

поремећаја, Харис и Бараклоуг (395) утврдили су да готово сви ментални поремећаји имају повећан ризик од самоубиства, осим деменције и менталне ретардације. Утицај деменције је проучавао Кнопман (396) на популацији од 277 испитаника. Као што је ова студија показала, пацијенти са деменцијом могу бити заштићени када се процењује суицидални ризик. У психолошкој студији обдукције 100 самоубиства, Харвуд и сарадници (397) пронашли су да је стопа деменције 4%, а других когнитивних оштећења 6%, што је слично стопама нађеним у истраживањима когнитивних оштећења код старијих људи. Клиничка дијагноза благе до умерене деменције је била у 7% особа у доби од 65 година или више које су извршиле суицид. (392) Покушаји самоубиства су мањи од 1% свих особа са деменцијом. (398, 399)

Насупрот томе, Барак и Ајзенберг (400) приметили су да покушаји самоубиства нису реткост код старијих пацијената оболелих од Алцхајмерове болести (AD), посебно међу онима који су имали претходни покушај самоубиства и оних са вишим нивоима свакодневног функционисања. У десетогодишњој ретроспективној анализи, открили су да је 7,4% свих старијих болничких пацијената са дијагнозом AD примљено на хоспитализацију због покушаја самоубиства. Други су нагласили ризик повезан са карактеристикама ранијих фаза болести, као што су очувана свест и увид у опадање спознаје и способности за обављање планираних акција. (401, 402) У узрадровалим фазама болести, когнитивни поремећај може довести у мање намерно и мање свесно дело самоубиства. Заједнички коморбидни симптоми, као што су депресија (403), безнађе, жеља за окончањем живота (497) и агресивно понашање виде се у свим фазама болести, па се сматрају факторима ризика за самоубиство код пацијената са органским можданим синдромом.

У нашем истраживању, органски мождани синдром без ближег одређења његовог степена, среће се код 10%–15% починилаца суицида, док је психолошком аутопсијом код 30%–35% постојала сумња на присуство истог. Током посматраних временских интервала није потврђена статистички значајна разлика. И овде је урађена анализа најчешћих симптома, тако да је поремећај памћења био најдоминантнији у свим периодима. Друга карактеристика је да је алкохолизам по заступљености био на другом месту, а пад

контролних механизма на трећем. Посматрајући карактеристике група, овде је пронађена најмања разлика.

Подаци о суицидалном понашању

Резултати показују да је скоро 50% особа које су извршиле суицид имало раније покушаје суицида. У првом периоду су то особе које су раније покушале суицид, у другом периоду су то биле особе које су имале суицидалне мисли и најаве, а у трећем особе које су се самоповређивале. Ови подаци одговарају подацима из литературе да особе врло често понављају суицидалне покушаје. Постоји бројна литература која се бави овом проблематиком, али то није актуелна тема нашег рада. Оно што је интересантно запазити јесте чињеница да су се вишеструки покушаји самоубиства јавили у првом посматраном периоду. У другом посматраном периоду, то су биле особе које су имале суицидалне мисли и идеације, али правих покушаја суицида није било. Трећи период карактеришу особе које су се углавном самоповређивале, без правих суицидалних мисли и покушаја.

У односу на начин извршења суицида, добијена разлика у посматраним временским периодима није била статистички значајна. У свим периодима је суицид најчешће извршен вешањем и коришћењем ватреног оружја. До сличних резултата је дошла и С. Коцић са сарадницима (277). По резултатима тог истраживања, најчешћи начин извршења суицида у свим старосним групама било је вешање. Овај начин био је најзаступљенији у најмлађој групи (76,9%), затим је следила старосна група 45–54 година са 63%. У свим старосним групама суицид ватреним оружјем био је други по заступљености, осим у најстаријој групи, у којој је на трећем месту, док се на другом месту налази скок са висине. У поменутом истраживању аутори закључују да начин извршавања суицида не зависи од старости и да је најучесталија метода вешање, са тенденцијом све већег учешћа ватреног оружја у извршавању суицида, што је одраз лакше доступности ватреног оружја у послератном периоду. У анализи начина извршења суицида у односу на пол, Коцић и сарадници (274) налазе да је код оба пола вешање на првом месту, код мушкараца је на другом месту по учесталости суицид ватреним оружјем (27,4%), а потом скок са висине (6,3%). На другом месту по учесталости код жена је

суицид скоком са висине (15,4%), затим употреба ватреног оружја (7,7%). Мушкарци се скоро два пута чешће од жена убијају ватреним оружјем, а жене два и по пута чешће од мушкараца извршавају суицид скоком с висине. Остали начини су код оба пола заступљени у знатно мањем проценту.

Разлика у стопи суицида за мушкарце и жене се делом може објаснити различитим методама које се користе за оба пола. Иако жене покушају самоубиство у већем проценту и у већој стопи, оне чешће користе методе које су мање смртоносне. Мушкарци користе методе које имају висок ризик од смртности, као што је употреба ватреног оружја. То је у супротности са женама, које имају тенденцију да прибегавају прекомерним дозама лекова. Иако предозирање може бити фатално, то је мање директан начин и стога ће вероватно бити указана помоћ пре него што дође до смрти. У Европи су истраживања показала да је вешање најчешћи начин самоубиства међу оба пола, међутим, вешање је било заступљеније код мушкараца (54,3%) него код жена (35,6%). Иста студија је показала да је други најчешћи метод коришћење ватреног оружја (9,7%) код мушкараца и тровања лековима (24,7%) код жена. (404)

У односу на место извршења суицида и на податак да ли је тада био/била сам/сама, такође није добијена статистички значајна разлика. Највећи број суицида је извршен у близини места становања и када су били сами. То су најчешће била места у близини места становања у сва три посматрана периода.

Најчешће место извршења суицида по подацима С. Коцић и сарадника (274) у свим старосним групама било је у кући/стану и кретало се од 61,1% у старосној групи 25–34 године до 33,3% у старосној групи 45–54 године. Посматрајући кућу/стан и места у близини куће добили су податак да су ове две локације, као место суицида, биле заступљене код чак 90,9% испитаника из најстарије старосне групе, док је то био случај са 61,6% испитаника из најмлађе старосне групе. У осталим старосним групама, ова два места била су заступљена код око 2/3 испитаника. Кућа/стан је статистички било значајно најчешће место извршења суицида у свим старосним групама. Исто истраживање показује да између особа различите старости постоји разлика у месту извршења суицида. Старији од 55 година најчешће извршавају суицид у кући или близу куће, док најмлађи (15–24 године) то најчешће чине у кући и на скривеном месту. Међу припадницима старосне

групе 35–44 године било је највише хоспитализованих и корисника установа социјалне заштите, што за собом повлачи и већу учесталост суицида у болницама и установама социјалне заштите у овој старосној групи.

С. Коцић и сарадници су анализирали место извршења суицида у односу на пол. (274) Тако су утврдили да мушкарци и жене најчешће извршавају самоубиство у сопственој кући или стану (49,5% односно 42,3%) и близу куће (22,1% односно 26,9%), а разлика није статистички значајна. Жене скоро два пута чешће од мушкараца извршавају самоубиство на осталим јавним местима (7,7% односно 4,2%). У социјалној или здравственој установи суицид је извршило 11,5% жена и 9,5% мушкараца.

Добијена разлика у односу на остављање опроштајне поруке у посматраним периодима је статистички значајна. Највећи број особа оставља опроштајно писмо у економски стабилном времену. Једна савим слободна интерпретација аутора је да људи у периодима друштвених недаћа сматрају да њихово самоубиство неће најближе пуно погодити, тачније, толеранција на губитак живота, ако се то уопште може назвати толеранцијом, у периоду борбе за основну егзистенцију, далеко је виша на суицид. По подацима из литературе, опроштајна писма чешће остављају жене. (277)

Следећа група варијабли обухвата годишње доба, дан у недељи и доба дана када је почињен суицид. У односу на доба дана није добијена статистички значајна разлика. У односу на дан у недељи, разлика је значајна, и то на следећи начин: у првом и трећем периоду највећи број суицида је извршен почетком, а у другом периоду крајем недеље, тачније викендом. По Којићу, мушкарци су најчешће извршавали суицид недељом (20%), потом следе остали дани с учесталашћу од по 13,7%, и петак с најмањом фреквенцијом (11,6%). Суицидни дани за жене првенствено су среда (23,1%) и недеља (19,2%), следе уторак и четвртак са по 15,4% и понедељак са 11,5%. Петак и субота су дани када жене ређе извршавају суициде (7,7%).

У првом периоду је доста равномерна дистрибуција суицида током целе године. У другом периоду је 38% суицида почињено у пролеће, а најкритичнији су месеци април, мај и јуни.

У трећем периоду је најмање суицида било током пролећа. У односу на годишња доба (54), жене се најчешће убијају зими (30,8%), а потом следе пролеће, лето и јесен са по 23,1%. Мушкарци суицид најчешће извршавају лети (27,4%) и у пролеће (26,3%), потом зими (24,2%) и у јесен (22,1%).

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА ДОБИЈЕНИХ ФАКТОРСКОМ АНАЛИЗОМ

Факторском анализом смо „ротирали“ компоненте – варијабле, са циљем да се редефинише и појасни значење сваког фактора. Поступак се свео на прераспodelу утицаја фактора са прве главне компоненте на остале, тако да је укупна варијанса која је објашњена преко фактора равномерније распоређена између компоненти. На тај начин смо за сваки период екстраховали по два фактора, дефинисана као скуп независних варијабли, и на крају смо им дали имена. У наставку анализе ћемо продискутовати добијене факторе за сваки посматрани временски период.

Први посматрани временски период – постратни период

1. фактор – психијатријски фактор

Први фактор постратног периода смо назвали „психијатријски фактор“, јер су се груписале карактеристике (основне варијабле) које се могу обухватити овим називом. То су: психијатријско лечење, узимање психофармака, ранији суицидални покушаји, суицид у породици, пол и психијатријски хередитет. Пратећи овај фактор, видимо да је у првом посматраном периоду најзначајнији суицид онај који је везан за психијатријски поремећај, а може се рећи и за наслеђе. У првом фактору је корелација позитивна код свих варијабли, што показује да варијабле у позитивном односу доприносе суицидалном понашању. У посматраном периоду, према овоме, најугроженије суицидом су особе које имају личну и породичну психијатријску ноксу, без обзира на то што су лечени.

2. фактор – социодемографски фактор

Други фактор посматраног периода смо назвали „социодемографски фактор“. Он обухвата брачно стање, старост, телесне болести, образовање, децу и време откривања тела после самоубиства. Како све варијабле, осим школске спреме, у овом фактору имају негативан предзнак, долазимо до податка да другу групу по ризику од извршења суицида чине млађе особе, вишег образовања, које живе саме, без деце и телесно оболеле.

Други посматрани временски период – период стабилних друштвених збивања

1. фактор – органски мождани фактор

Први фактор другог посматраног периода, период стабилних друштвених збивања, назвали смо „органски мождани фактор“. Он обухвата следеће варијабле: старост, децу, употребу психофармака, органски мождани синдром и раније покушаје суицида. Све наведене варијабле имају позитивни предзнак, тако да највећи ризик од суицида у периоду стабилних друштвених збивања чине старије особе које немају децу, које имају знаке органске измењености по типу хроничног можданог синдрома, које су раније покушавале суицид и користе психофармаке.

2. фактор – фактор разореног дома

Други фактор другог посматраног периода смо назвали „фактор разореног дома“. Фактор разореног дома обухвата само две варијабле: разорени дом и време откривања тела након суицида. Због позитивног предзнака, то су особе које имају разорени дом и чији суицид бива откривен након дужег времена. Остале варијабле нису имале потребни степен засићења.

Трећи посматрани временски период – период економске кризе

1. фактор – фактор старије животне доби

Први фактор трећег посматраног периода, периода економске кризе, назвали смо „фактор старије животне доби“. Он обухвата следеће варијабле: старост, брачно стање и телесне болести.

Варијабла старост има позитиван предзнак, а остале две варијабле негативан, тако да је највећи ризик од суицида у периоду економске кризе у популацији коју чине старије особе које живе саме и које су телесно здраве, то јест које немају телесне болести.

2. фактор – фактор конфликта

Други фактор трећег посматраног периода смо назвали „фактор конфликта“. Фактор конфликта обухвата четири варијабле: разорени дом, алкохоличарски хередитет, непосредни конфликт пре суицида и начин извршења суицида. Због позитивног предзнака свих варијабли, овај фактор везује особе које имају разорени дом, алкохоличарски хередитет, непосредан конфликт пре суицида и извршење суицида ватреним оружјем.

6. ЗАКЉУЧАК

Након рата, стопа самоубистава је порасла и надмашила је стопу самоубиства из мирнодопског периода, будући да су се елементи друштвене кризе појавили у драстичном светлу, чиме је потврђена прва хипотеза.

У друштвено стабилном периоду, стопа суицида је била средњег нивоа, јер су изразито лоши социјални фактори престали да делују. Овим је потврђена и друга хипотеза.

Претпоставка постулирана у трећој хипотези, да је озбиљно ремећење економског стања друштва чинилац од битног значаја у доприносу порасту стопе самоубистава је потврђена. У периоду економске кризе, стопа суицида је поново порасла, тако да је на граници стопе средњег и високог нивоа.

Истраживање је показало да до промене стопе суицида долази годину-две дана након промене друштвене ситуације. Ово указује на то да у првом моменту, након друштвеног потреса, постоји период компензације, а да тек након тога долази до испољавања последица у виду пораста броја суицида. Иста ситуација се догађа и када се стање у друштву стабилизује. Један период стопа суицида стагнира, па тек онда пада.

Осим промене у стопи суицида, различите друштвене епохе мењају врсту ризико фактора суицидалног понашања. До промене ризико фактора не долази у оквиру једне етиолошке категорије, већ подједнако захвата биолошке, психолошке и социјалне утицаје, али у различитим комбинацијама.

У постратном периоду се издвајају “психијатријски и социодемографски” фактори. Први фактор постратног периода је „психијатријски фактор“, када су у највећем ризику од суицида особе које имају личну и породичну психијатријску ноксу, без обзира на то што су лечене. Други фактор постратног периода је „социодемографски фактор“, где ризичну групу чине млађе особе, вишег нивоа образовања, које живе саме, без деце и телесно оболеле. Водећи фактори суицида у овом периоду су биолошки (психијатријски) и социјални.

У периоду стабилних друштвених збивања се издвајају “органиски мождани фактор” и “фактор разореног дома”. Најризичнији фактор периода стабилних друштвених збивања, „органиски мождани фактор“, чине старије особе које немају децу, које имају знаке органске измењености по типу хроничног можданог синдрома, које су раније покушавале суицид и користе психофармаке. Други фактор другог посматраног периода, „фактор разореног дома“, обједињује особе које имају разорени дом и чији суицид бива откривен након дужег времена. Биолошки (психијатријски) и психосоцијални фактори су водећи фактори суицида и у овом периоду.

У периоду економске кризе издвајају се “фактор старије животне доби” и “фактор конфликта”. Први фактор периода економске кризе „фактор старије животне доби“, чине старије особе које живе саме и које су телесно здраве, то јест које немају телесне болести. „Фактор конфликта“ везује особе које имају разорени дом, алкохоличарски хередитет, непосредан конфликт пре суицида и извршење суицида ватреним оружјем. Период економске кризе показује осетљивост у односу на суицидално понашање за психосоцијалне и психолошке факторе.

Четврта хипотеза је потврђена делимично. Потврђено је да се ескалацијом друштвене кризе мења однос у структури података добијених психолошком аутопсијом.

Хипотеза да су промене израженије у области социодемографских и психосоцијалних података и података који су везани за суицидално понашање и околности извршења суицида, док у подручју психијатријских и психопатолошких података нема статистички значајних промена у односу на посматране периоде, није потврђена. Као што је у претходном делу објашњено, не може се говорити о факторима у оквиру једне етиолошке категорије, већ о биолошком, психолошком и социјалном утицају у различитим комбинацијама.

Опште је познато да друштвене кризе, посебно ратови и економске кризе, имају изразито јак утицај на људско понашање, тако да није чудо што се види и утицај на самоубиства. У овде приказаном истраживању проучавали смо утицај рата и економске кризе на самоубиство, тако да смо посматрање фокусирали на постратни период и период

светске економске кризе, а због компарације смо узели и трећи период, период између ове две озбиљне друштвене кризе, који је означен као период стабилних друштвених збивања.

Конкретно, како бисмо разумели ментално стање суицидалних особа током различитих друштвених криза (у Републици Српској, али и на другим местима), психолошке студије су од великог значаја, пошто социолошки модели сами по себи не успевају да постигну ту свеобухватност. Ова два различита али комплементарна угла посматрања и анализе доприносе смисленијем и комплетнијем разумевању демографских, психолошких и психопатолошких података, а помажу и у откривају различитих врста претњи од суицида, поред социјалне дезинтеграције.

Резултати овог истраживања подржавају закључке бројних студија које су пронашле велику хетерогеност у односу на особе које су извршиле суицид у различитим облицима друштвених криза. Несумњиво, много тога остаје да се уради да бисмо открили компликоване путеве којима друштвене кризе утичу на самоубиства. Морамо боље разумети психопатолошке манифестације у различитим облицима друштвених криза, као што су ратне недаће, губици, различити неуспешни покушаји превазилажења стреса и анксиозности, незнађе, материјалну беду и друго, а посебно оно што доводи до пада отпорности у односу на ова стања.

Побољшање материјалног стања становништва, већа брига државе за појединца и стварање климе у којој се појединац неће осећати усамљено и заборављено, сигурно би довели до смањења броја самоубиства у Републици Српској.

Све дотле док се на самоубиство гледа као на проблем појединца и професионалаца, битка против овог зла биће изгубљена. У том смислу треба интензивирати отварање центара за интервенције у кризи, јер једна друштвена криза пролази, а друга долази, што потврђује и новија историја Републике Српске и Бање Луке, обрађена у овом раду.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Selaković-Buršić, S., Bujišić, G., Uticaj društvene krize na suicidalno ponašanje adolescenata, *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 1995, III, 3–4: 47–50.
2. Hawton, K., Assessment of Suicide Risk, *British Journal of Psychiatry*, 150, 145–153.
3. Knežić, B., Savić, M., *Oproštaj od života: poslednje poruke*, Beograd, 2010.
4. Čimburović, Lj., Šaljić, E. i dr., *Viktimologija*, Megraf, Beograd, 2013.
5. Biro, M., Tipologija pokušanih samoubistava, *Revija za psihologiju*, 1980, 1–2, 25.
6. Dirkem, E., *Samoubistvo*. Beogradski izdavačko-grafički zavod, Beograd, 1997.
7. Califana, A., Levkov, J. S., *Criminalistics for law enforcement officer*. Ms Graw-Hill, 1978.
8. Bošković, M., *Kriminološki leksikon*, Matica srpska, Novi Sad, 1999.
9. Čejović, B., Pravo na život i pravo na smrt, *Pravni život*, 1966, 9.
10. Milivojević, Z., Konceptualni modeli u psihijatriji. U: Kecmanović, D., *Psihijatrija*, 1989.
11. Milovanović, M., *Samoubistvo*, Naučna knjiga Scientia, Beograd, 1929.
12. Moron, P., *Le suicide*. Universitaires de France, Paris, 2005. (First published 1975)
13. Barraclough, B. M. et al., A hundred cases of suicide – clinical aspect. *Br. J. Psychiatry*, 1974, 125: 355–373.
14. Bošković, M., *Kriminološki leksikon*, Matica srpska, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad, 1999.
15. Špadijer-Džinić, J., *Samoubistva i pokušaj samoubistva*, Socijalna patologija. Beograd, 1988.
16. Piko, B. F., Interplay between Self and Community: A Role for Health Psychology in Eastern Europe's Public Health. *Journal of Health Psychology*, 2004, 9 (1), 111–120.
17. Закон о облигационим односима, “Службени гласник РС” бр. 17/93.
18. Razvodovsky, Y., Alcohol Consumption and Suicide in Belarus, 1980–2005, *Suicidology*, 2011, Online 2, 1–7, <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2011-2-1-7.pdf>.

19. Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., Tschacher, W., Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 “Army XXI” reform. *Am J Psychiatry* 2013, 170: 977–984.
20. Hales, Heidi, Amanda Edmondson, Sophie Davison, Barbara Maughan, The Impact of Contact With Suicide-Related Behavior in Prison on Young Offenders. *Crisis*, 2015, 21–30.
21. Crump, C., K. Sundquist, J. Sundquist, M. A. Winkleby, Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, Vol. 44(02), January 2014, 279–289.
22. World health organization. World health statistics 2014: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World health organization. Geneva, Switzerland 2014.
23. World health organization. World health statistics 2013: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World health organization. Geneva, Switzerland 2013.
24. World health organization. World health statistics 2012: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World health organization. Geneva, Switzerland 2012.
25. Avdejev, D. L., Nevjarovič, V. K., *Samoubistvo. Pravoslavlje i neuroza*. Svetigora. Cetinje, 2001.
26. Kecmanović, D., Sociologija i psihijatrija. U: Kecmanović, D., *Psihijatrija*, Medicinska knjiga – Svjetlost, Beograd – Zagreb – Sarajevo, 1989, 390–407.
27. Soloff, P. H., Chiappetta, L., Eight year follow-up of suicidal behavior in borderline personality disorder. Presented at: XIVth International Society for the Study of Personality Disorders Congress, October 15, 2015, Montreal, Canada.
28. Links, P. S., Kolla, N. J., Guimond, T., McMain, S., Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 2013, 58, 99–106.
29. Bille-Brahe, U., Sociology and Suicidal Behaviour, in: Hawton, K., Heeringen, K, *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, 2000.
30. U. S. Public Health Service. The Surgeon General’s Call to Action to Prevent Suicide. Washington, DC: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 1999.
31. Milčinski, L., Suicidalnost. U: Kecmanović, D., *Psihijatrija*, Medicinska knjiga – Svjetlost, Beograd – Zagreb – Sarajevo, 1989, 1047–1078.
32. State of Hawaii Department of Health. Fatal Injuries in Hawaii: 1996–2000, Honolulu, HI: Injury and Prevention Control Program, 2004.

33. Lowe, E. D., Identity, activity, and the well-being of adolescents and youths: lessons from young people in a Micronesian society, *Cult Med Psychiatry*, 2003, 27(2): 187–219.
34. Shiang, J., Blinn, R., Bongar, B., Stephens, B., Allison, D., Schatzberg, A., Suicide in San Francisco, CA: A comparison of Caucasian and Asian groups, 1987–1994. *Suicide Life Threat Behav.*, 1997, 27(1): 80–91.
35. Colucci, E., Martin, G., Ethnocultural aspects of suicide in young people: A systematic literature review. Part 1: Rates and methods of youth suicide. *Suicide Life Threat Behav.*, 2007, 37(2): 197–221.
36. Biro, M., Neprofesionalci u procesu intervencije u krizi, *Avalske sveske* 6/83, 1983, 143–149.
37. Lieberman, D. Z., Resnik, H. L., Holder-Perkins, V., Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav.*, 2004, 34(4): 448–453.
38. Cheung, P., Suicide precautions for psychiatric inpatients: a review, *Aust N Z J Psychiatry*, 1992, 26(4): 592–598.
39. Shah, A. K., Ganesvaran T. Inpatient suicides in an Australian mental hospital, *Aust N Z J Psychiatry*, 1997, 31(2): 291–298.
40. Stack, S., Wasserman, I., Race and method of suicide: culture and opportunity. *Arch Suicide Res*, 2005, 9: 57–68.
41. Jugović, A., Socijalno-demografska i etiološka obeležja suicida u savremenom društvu, *Specijalna edukacija i rehabilitacija* (Beograd), Vol. 10, br. 3, 2011, 529–546.
42. Shneidman, E., *The Suicidal Mind*, New York: Oxford Univesity Press, 1996.
43. Bukelić, J., Autoagresivnost, *MD Medicinska revija*, god. I, broj 2, septembar 2009.
44. Singh, B. S., *Samoubojstvo: javne zdravstvene krize našeg vremena*, 1998.
45. Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D., Morrison, R., Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature, *Crisis*, 2005, 26(2): 53–63.
46. Appleby, L., Suicide in psychiatric patients: risk and prevention, *Br J Psychiatry*, 1992, 161: 749–758.
47. Tanković, B., Penev, G., Sociokulturni kontekst suicidalnog ponašanja i neke relevantne činjenice o samoubistvima u Srbiji, *Sociološki pregled*, 2009, 18 (2), 155–184.
48. Filipović, M., Bogatstvo zemlje i samoubistvo, *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 2010, 9 (1), 209–222.
49. Knežić, B., Savić, M., *Oproštaj od života: poslednje poruke*. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, 2010.

50. Biro, M., Selaković-Buršić, S., Suicide, aggression and war, *Archives of Suicide Research*, 1996, 2: 75–79.
51. Ostamo, A., *Attempted Suicide in Helsinki during 1989–1997*, Academic dissertation, National Public Health Institute, Helsinki, 2001.
52. Cester, D., Walker, R. L. Hopelessness, helplessness and haplessness as predictors of suicidal ideation. *Omega* (Westport) 2007, 55(4): 321–324.
53. Cukrowicz, K. C., Ekblad, A. G., Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Lynch, T. R., Coping and thought suppression as predictors of suicidal ideation in depressed older adults with personality disorders. *Aging Ment Health* 2008, 12(1): 149–157.
54. Jamieson, P. E., Romer, D., Unrealistic fatalism in U.S. youth ages 14 to 22. Prevalence and characteristics. *J Adolesc Health*, 2008, 42(2): 154–160.
55. Menninger, K. A., *Man Against Himself*, New York: Harcourt Brace World, 1938.
56. Lester, D., Murders and suicide: are they really polar opposite?, *Beba Sci Law* 1987, 5: 49–60.
57. Rhine, M. W., Mayerson, P., A serious suicidal syndrome masked by homicidal threats. *Suicide Life Threat Behav*, 1973, 3: 3–10.
58. Patricia, M., Bamonti, M. S., Elizabeth, C., Depressive Symptoms and Suicide Risk in Older Adults: Value Placed on Autonomy as a Moderator for Men but Not Women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol 44(2), April 2014, 188–199.
59. Stengel, E., *Suicide and Attempted Suicide*, Penguin Books, Harmondsworth, 1964.
60. Kreitman, N., *Parasuicide*, John Wiley, London, 1977.
61. Oldham, J. M., Borderline Personality Disorder and Suicidality, *Focus*, Vol 11(2), Spring 2013, 277–283.
62. Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Heilbron, N., Doyle, O., Weller, B., Sapyta, J., Mayfield, A., Faulkner, M., Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 83(2), Apr 2015, 253–264.
63. Greenfield, S. F., Reizes, J. M., Muenz, L. R., Kopans, B., Kozloff, R.C., Jacobs, D. G., Treatment for depression following the 1996 National Depression Screening Day, *Am J Psychiatry* 2000, 157: 1867–9.
64. Lindeman, S. M., Hirvonen, J. I., Hakko, H. H., Lonnqvist, J. K., Use of the national register of medico-legal autopsies in epidemiological suicide research, *Int J Legal Med* 1995, 107: 306–9.
65. Wilson, M., Suicidal Behavior: Toward an Explanation of Differences in Female and Male Rates, *Suicide and Life-Threatening Biheviour*, 1981, Vol 11(3): 131–140.

66. Hawton, K., Heeringen, K., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, LTD, Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, 2000.
67. Ostamo, A., *Attempted Suicide in Helsinki during 1989–1997*, Academic dissertation, National Public Health Institute, Helsinki, 2001.
68. Menninger, K., *Man Against Himself*, Harcourt, Brace and World, New York, 1938.
69. Neehall, J., Beharry, N., Demographic and clinical features of adolescent parasuicides, *West Indian Med J*, 1994, 43: 123–126.
70. Aarons, D. E., The impact of advanced technology on critical care. Dilemmas in the making. *West Indian Med J*, 1998, 47: 119–21.
71. Pottinger, A. M., Milbourn, P. E., Leiba, J., Suicidal behaviour and risk factors in children and adolescents in Jamaica, *West Indian Med J*, 2003, 52: 127–130.
72. McGovern, C., Cusack, D. A., A study of suicides in Kildare, 1995–2002, *J Clin Forensic Med*, 2004, 11: 289–298.
73. Inoue, K., Tanii, H., Fukunaga, T., Abe, S., Nishimura, Y., Kaiya, H. et al., Analysis of pre-suicide signs: implications for suicide prevention. *West Indian Med J*, 2007, 56: 312.
74. Biro, M., *Faktori suicidalnog rizika*, doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Univezitet u Beogradu, 1981, Beograd.
75. Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., Kawohl, W., Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11, *Lancet Psychiatry*, 2015, 2(3): 239–245.
76. Milner, A., Morrell, S., LaMontagne, A. D., Economically inactive, unemployed and employed suicides in Australia by age and sex over a 10-year period: what was the impact of the 2007 economic recession?, *International Journal of Epidemiology*, 2014.
77. Milner, A., Niven, N., LaMontagne, A. D., Occupational class differences in suicide: evidence of changes over time and during the global financial crisis in Australia, *BMC Psychiatry*, 2015, 15: 223.
78. Cochran, Susan D., Vickie M. Mays, Mortality Risks Among Persons Reporting Same-Sex Sexual Partners: Evidence From the 2008 General Social Survey – National Death Index Data Set, *American Journal of Public Health*, 105: 2, 2015, 358–364.
79. Stone, Deborah M., Feijun Luo, Lijing Ouyang, Caroline Lippy, Marci F. Hertz, Alex E. Crosby, Sexual Orientation and Suicide Ideation, Plans, Attempts, and Medically Serious Attempts: Evidence From Local Youth Risk Behavior Surveys, 2001–2009, *American Journal of Public Health*, 104: 2, 2014, 262–271.

80. Yoshioka, N., Present status of suicide in Japan, and the preventi application: Report of a Grant-in-Aid for Scientific Research (Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology of Japan), 1997.
81. Ishihara, A., Suicide in Japan – the analysis of vital statistics, *J Mental Health*, 2003, 49 Suppl: 13–26.
82. Yoshioka, N., Epidemiological study of suicide in Japan- is it possible to reduce committing suicide?, *Jpn J Legal Med*, 1998, 52: 286–293.
83. Japanese medical association. Suicide prevention manual. J Jpn Med Association 2004, 131: 14–46.
84. O'Hara, M. W., Gorman, L. L., Wright, E. J., Description and evaluation of the Iowa Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program, *Am J Psychiatry*, 1996, 153: 645–649.
85. Greenfield, S. F., Reizes, J. M., Magruder, K. M., Muenz, L. R., Kopans, B., Jacobs, D. G., Effectiveness of community-based screening for depression, *Am J Psychiatry* 1997, 154: 1391–1397.
86. Paykel, E. S., Hart, D., Priest, R. G. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998, 173: 519–522.
87. Biro, M., *Samoubistvo – psihologija i psihopatologija*, Nolit, Beograd, 1982.
88. Bošković, M., *Kriminologija sa penologijom – deo II, Socijalna patologija*, Univerzitet u Novom Sadu – Pravni fakultet, Novi Sad, 2002.
89. Shneidman, E., *The Suicidal Mind*, New York: Oxford Univesity Press, 1996.
90. O'Connor, R. C., Sheehy, N. P., State of the art: Suicidal Behavior. *The Psychologis*. 2001, 14, 20–24.
91. Knežić, B., Savić, M., *Oproštaj od života: poslednje poruke*, Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, 2010.
92. Frankl, V., *Zašto se još niste ubili?*, Naprijed, Zagreb, 1981.
93. Jacobs, D. G. (Ed.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass., 1999.
94. Jacobs, D., Brewer, M., American Psychiatric Association practice guidelines provides recommendations for assessing and treating patient with suicidal behaviors. *Psychiatric Annals*. 2004, 34 (5), 373–380.
95. Jobes, David A., *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*. New York, NY: The Guilford Press, 2006.
96. Joiner, T., *Why People Die By Suicide*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
97. Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M., *Comprehensive Textbook of Suicidology*, New York, NY: The Guilford Press, 2000.

98. World Health Report 2015. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015.
99. Caldwell, C. B., Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Shizophr. Bull.*, 1990, 16: 571–589.
100. Fawcett, J., Shaughnessy R. (1988). Suicidalni bolesnik. U: *Langeov klinički priručnik – Psihijatrija*. Savremena administracija, Beograd, 1992.
101. Cantor, H. C., Suicide in the Western World, in Hawton, K., Heeringen, K., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, 2000.
102. Frankl, V., *Nečujan vapaj za smislom*, Naprijed, Zagreb, 1981.
103. Freud, S., *Ja i Ono*, Svetovi, Novi Sad, 1994.
104. Fromm, E., *Anatomija ljudske destruktivnosti*, druga knjiga, Naprijed, Zagreb, 1980.
105. Hawton, K., Heeringen, K., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, LTD, Chichester, New York, Weinheim, Brisbane. Singapore, Toronto, 2000.
106. Beautrais, A., D. Fergusson, D. Coggan, Evidence Based Practices: Training for Medical Practitioners, Restriction of (Suicide) Methods. *New Zealand Medical Journal*. 2007, 120 (1251).
107. Mugisha, J. et al., Major depressive disorder seven years after the conflict in northern Uganda: burden, risk factors and impact on outcomes (The Wayo-Nero Study). *BMC Psychiatry* 2015, 15: 48.
108. Yi, S. W., Hong, J. S., *Depressive symptoms and other risk factors predicting suicide in middle-aged men: a prospective cohort study among Korean Vietnam War veterans*. Published online 2015.
109. Read, D. A., Thomas, C. S., Mellsop, G. W., Suicide among psychiatric inpatients in the Wellington region. *Aust N Z J Psychiatry*. 1993, 27(3): 392–398.
110. Qin, P., Nordentoft, M., Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005, 62(4): 427–432.
111. Copas, J. B., Robin, A., Suicide in psychiatric inpatients. *Br J Psychiatry*. 1982, 141: 503–511.
112. Erlangsen, A., Zarit, S. H., Tu, X., Conwell, Y., Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006, 14(9): 734–741.
113. Busch, K. A., Fawcett, J., Jacobs, D. G., Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003, 64(1): 14–19.
114. Sisask, M., Varnik, A., Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9(1), 123–138.
115. Pjevac, M., Pregelj, P. (October 2012). Neurobiology of suicidal behaviour. *Psychiatria Danubina*. 24 Suppl 3: 336–341.

116. Sher, L., The role of brain-derived neurotrophic factor in the pathophysiology of adolescent suicidal behavior. *International journal of adolescent medicine and health*, 2011, 23 (3): 181–185.
117. Sher, L., Brain-derived neurotrophic factor and suicidal behavior. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, May 2011, 104 (5).
118. Dwivedi, Yogesh, *The neurobiological basis of suicide*, Boca Raton, FL: Taylor & Francis/CRC Press., 2012.
119. Roy, A., Rylander, G., Sarchiapone, M., Genetics of suicide. Family studies and molecular genetics. *Ann. NY Acad.sci.*, 1997, 836: 135–197.
120. Biro, M., *Samoubistvo – psihologija i psihopatologija*, Nolit, Beograd, 1982.
121. Diekstra, R. F., The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; suppl. 371: 374–385.
122. Rodríguez Pulido, F., Sierra, A., Gracia, R., Doreste, J., Gonzalez Rivera, J. L., Methodological Problems in the Recording of Completed Suicides: a Study of the Situation in the Canary Islands. *Eur J Psychiat* 1991, 5 (3): 133–140.
123. Rodríguez Pulido, F., Sierra, A., Doreste, J., Gracia, R., González-Rivera, J. L., Suicide in the Canary Islands: standardized epidemiological study by age, sex, and marital status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 27: 69–74.
124. Rodríguez Pulido, F., Sierra, A., Gracia, R., Doreste, J., Delgado, S., González-Rivera, J. L., Suicide in the Canary Islands, 1977–1983. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 520–523.
125. Rodríguez Pulido, F., Méndez Abad, M. E., González de Chaves, F., Montesdeoca Hernández, D., González Dávila, E., The Epidemiology of parasuicide in Canary Islands. *Eur J Psychiat* 2006, 4 (20): 203–209.
126. Williams, J. M. G., Pollock, L.R., The psychology of suicidal behaviour, in: Hawton, K., Heeringen, K., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons, 2000.
127. Williams, M., *Cry of Pain: understanding suicide and self harm*, Penguin, 1997, re-issued as *Suicide and Attempted Suicide*, 2001.
128. De Leo, D., Cerin, E., Spathonis, K., Burgis, S., Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, the suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 2005, 86: 215–224.
129. Pérez, V., The relationship between seriously considering, planning, and attempting suicide in the Youth Risk Behavior Survey. *Suicide Life Threat Behav* 2005, 35: 35–44.

130. Zouk, H., Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Characterizaacion of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 2006, 92: 195–204.
131. Conner, K., Hesselbrock, V., Schuckit, M., Hirsch, J., Knox, K., Meldrum, D., et al., Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 2006, 67: 95–97.
132. Simon, T., Swann, A., Powell, K., Potter, L., Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001, 32: 49–59.
133. Wyder, M., *Understanding deliberate self harm: An enquiry into attempted suicide*. Doctoral Dissertation. University of Western Sydney, Sydney, 2004.
134. Baca García, E., Díaz Sastre, C., Resa, E., Blasco, H., Conesa, D., Oquendo, M., et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 152–156.
135. Bertolote, J., Fleischman, A., De Leo, D., Botega, N., De Silva, D., Tranh, H., et al., Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005, 35: 1457–1465.
136. Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., Weatherall, R., Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Br Med J* 2002, 325: 1207–1211.
137. Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., de Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., et al., Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93(5): 327–338.
138. Shneidman, E. S., *Suicide As Psychache: A Clinical Approach To Self-Destructive Behavior*. Northvale, NJ/London: Jason Aronson, Inc., 1993.
139. Shneidman, E. S., Farberow, N. L., Some comparisons between genuine and simulated suicide notes. *Journal of General Psychology*, 1957, 56, 251–256.
140. Bille-Brahe, Unni, *Suicidal behaviour in Europe: the situation in the 1990s*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
141. Douglas, J. D., *The Social Meanings of Suicide*, Princeton University Press, Princeton, 1967.
142. Glonti, K., Gordeev V. S., Goryakin, Y., Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., et al., (2015) A Systematic Review on Health Resilience to Economic Crises. *PLoS ONE* 10(4): e0123117.
143. Saurina, C., Marzo, M., Saez, M., Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain. *International Journal for Equity and Health* 2015 Sep 8, 14(1): 75.

144. Gistav le Bon, *Psihologija gomila*, Futura, Novi Sad, 1995.
145. Harris, E. C., Barraclough, B. M., Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 1994, 73: 281–296.
146. Hezel, F. X., In search of the social roots of mental health pathology in Micronesia. In: Robillard, A. B., Marsella, A. J., eds. *Contemporary Issues in Mental Health Research in the Pacific Islands*. Honolulu, HI: University of Hawaii Press; 1987: 12–31.
147. Phillips, M. R., Li, X. Y., Zhang, Y. P. Suicide rates in China, 1995–99. *Lancet*. 2002; 359 (9309): 835–840. Erratum in: *Lancet*. 2002; 360 (9329): 344.
148. Pinhey, T. K., Millman, S. R., Asian/Pacific islander adolescent sexual orientation and suicide risk in Guam. *Am J Public Health*. 2004; 94 (7): 1204–1206.
149. Rubinstein, D. H., Suicide in Micronesia and Samoa: a critique of explanations. *Pacific Studies*. 1992; 15(1): 51–75.
150. Tsuang, M. T., Simpson, J. C., Fleming, J. A., Epidemiology of suicide. *Intern Rev Psychiatry*. 1992; 4(2): 117–129.
151. Galanis, D., *Overview of suicides in Hawaii. Honolulu: Injury Prevention and Control Program*. Hilo, HI: Hawaii State Department of Health; 2006.
152. Hunter, E., Harvey, D., Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada, and the United States. *Emerg Med (Fremantle)*. 2002, 14(1): 14–23.
153. Rubinstein, D. H., Cultural patterns and contagion: epidemic suicide among Micronesian youth. In: Robillard, A. B., Marsella, A. J., eds. *Contemporary Issues in Mental Health Research in the Pacific Islands*. Honolulu, HI: University of Hawaii Press; 1987: 127–148.
154. Hezel, F. X., Suicide and the Micronesian family. *The Contemporary Pacific*. 1989, 1(1): 43–74.
155. Hassan, R., Is suicide a disease ?, *Med-J-Aust*. 2001, 175 (10).
156. Kessler, R., Borges, G., Walters, E., Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56: 617–626.
157. Kuo, W., Gallo, J., Tien, A., Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13 year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 2001, 31: 1181–1191.
158. Simon, T., Swann, A., Powell, K., Potter, L., Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001, 32: 49–59.
159. Wyder, M., *Understanding deliberate self harm: An enquiry into attempted suicide*. Doctoral Dissertation. University of Western Sydney, Sydney, 2004.

160. Baca García, E., Díaz Sastre, C., Resa, E., Blasco, H., Conesa, D., Oquendo, M., et al., Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 152–156.
161. Bertolote, J., Fleischman, A., De Leo, D., Botega, N., De Silva, D., Tranh, H., et al., Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35: 1457–1465.
162. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., Malone, K. M., Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999, 156: 181–189.
163. Iardi, S. S., Craighead, W. E., The relationship between personality pathology and dysfunctional cognitions in previously depressed adults. *J Abnorm Psychol*. 1999, 108: 51–57.
164. Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., Kessler, R. C., Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010, 15: 868–876.
165. Links, P., Ansari, J., Fazalullasha, F., Shah, R., The relationship of personality disorders and Axis I clinical disorders. In: Widiger, T., ed., *Oxford Handbook of Personality Disorders*. New York: Oxford University Press, 2012: 237–259.
166. Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., et al., Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010, 24: 412–426.
167. Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., de Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., et al., Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93(5): 327–338.
168. Chia, B. H., Chia, A., Tai, B. C., Suicide letters in Singapore. *Arch Suicide Res* 2008, 12(1): 74–81.
169. Terwilliger, J. D., Goring, H. H., Gene mapping in the 20th and 21st centuries: statistical methods, data analysis, and experimental design. *Hum Biol* 2000, 72: 63–132.
170. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., Malone, K. M., Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999, 156: 181–189.
171. Cester, D., Walker, R. L., Hopelessness, helplessness and haplessness as predictors of suicidal ideation. *Omega (Westport)* 2007, 55(4): 321–324.
172. Cukrowicz, K. C., Ekblad, A. G., Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Lynch, T. R., Coping and thought suppression as predictors of suicidal ideation in depressed older adults with personality disorders. *Aging Ment Health* 2008, 12(1): 149–157.
173. Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., Sareen, J., Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and

- attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 2008, 98, 946–952.
174. Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., Mehlum, L., Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse and Neglect*, 2004, 28, 863–875.
 175. Kimerling, R., Gima, K., Smith, M. W., Street, A., Frayne, S., The Veterans Health Administration and military sexual trauma. *American Journal of Public Health*, 2007, 97, 2160–2166.
 176. Bullman, T. A., Kang, H. K., A study of suicide among Vietnam Veterans. *Federal Practitioner*, 1995, 12(3), 9–13.
 177. Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., Sundbom, E., Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity and assessment of suicidal behavior. *Journal of Traumatic Stress*, 1998, 11, 103–112.
 178. Marshall G., *Oxford dictionary of sociology*, Oxford university press, Oxford – New York, 1998.
 179. Kecmanović, D., *Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom*, Svjetlost, Sarajevo, 1978.
 180. Grunbaum, J. A., Lowry, R., Kann, L., Pateman, B., Prevalence of health risk behaviors among Asian American/Pacific Islander high school students. *J Adol Health*. 2000, 27(5): 322–330.
 181. Arias, E., MacDorman, M.F., Strobino, D.M., Guyer, B., Annual summary of vital statistics – 2002. *Pediatrics*. 2003, 112(6 Pt 1): 1215–1230.
 182. Else, I. R., Andrade, N. N., Nahulu, L. B., Suicide and suicidal-related behaviors among indigenous Pacific Islanders in the United States. *Death Stud*. 2007, 31(5): 479–501.
 183. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1999.
 184. Booth, H., Pacific Island suicide in comparative perspective. *J Biosoc Sci*. 1999, 31(4): 433–448.
 185. Hezel, F. X., Cultural patterns in Trukese suicide. *Ethnology*. 1984, 23(3): 193–206.
 186. Rubinstein, D. H., *Youth suicide and social change in Micronesia*. Paper presented at: the 26th Kyushu Regional Meeting of the Japanese Society of Tropical Medicine; Kagoshima University Research Center, Japan, 2002.
 187. Colucci, E., The cultural facet of suicidal behaviour: its importance and neglect. *AeJAMH*. 2006, 5(3). Available at: www.auseinet.com/journal/vol5iss3/colucci.pdf. Accessed October 1, 2007.

188. Neeleman, J., Lewis, G., Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *J.Epidemiol. Community Health*, 53: 204–210.
189. Makinen, I. H., Eastern European transition and suicide mortality. *Social Science & Medicine*, 2000, 51: 1405–1420.
190. “Opšti podaci_na zvaničnoj internet prezentaciji grada”, pristupljeno 21.12.2008.
191. Nacionalni sastav stanovništva – Rezultati za Republiku po opštinama i naseljenim mjestima 1991, Sarajevo: Izdanje Državnog zavoda za statistiku Republike Bosne i Hercegovine.
192. Grad Banja Luka – Opšti podaci.
193. “Savez opština i gradova RS: Banja Luka”, pristupljeno 24.12.2010.
194. “Enciklopedija Britanika: Banja Luka”, Britannica.com, pristupljeno 08.11.2010.
195. Zavod za statistiku Federacije Bosne i Hercegovine, pristupljeno 15.11.2007.
196. Vlada Republike Srpske, Ekonomska politika 2008, str. 55.
197. “Zvanična prezentacija grada Banje Luke”, Banjaluka.rs.ba, pristupljeno 08.11.2010.
198. Rudd, M. D., *The Assessment and Management of Suicidality*. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 2006.
199. Shea, S., *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professional and Substance Abuse Counselors*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2002.
200. Shea, S., The Delicate Art of Eliciting Suicidal Ideation. *Psychiatric Annals*, 34 (5), 2004, 374–400.
201. Jacobs, D. G. (Ed.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999.
202. Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M., *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, NY: The Guilford Press, 2000.
203. Simon, R. I., *Assessing and Managing Suicide Risk: Guidelines for Clinically Based Risk Management*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2004.
204. Welch, S. S., A review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatr Serv* 2001, 52: 368–375.
205. Beck, A. T., Kovacs, M., Weissman, A., Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979, 47: 343–352.
206. Beck, A. T., Steer, R. A., *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1991.

207. Beck, A., Steer, R., Ranieri, W., Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 1988, 44: 505.
208. Ben-Porath, Y., *Interpreting the MMPI-2-RF*. University of Minnesota Press; Minneapolis, 2012.
209. Ben-Porath, Y., Tellegen, A., *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. University of Minnesota Press; Minneapolis: 2008/2011.
210. Jamieson, P. E., Romer, D., Unrealistic fatalism in U.S. youth ages 14 to 22. Prevalence and characteristics. *J Adolesc Health* 2008, 42(2): 154–160.
211. Menninger, K. A., *Man Against Himself*, New York: Harcourt Brace World; 1938.
212. Lester, D., Murders and suicide: are they really polar opposite?, *Beba Sci Law* 1987; 5, 49–60.
213. Rhine, M. W., Mayerson, P., A serious suicidal syndrome masked by homicidal threats. *Suicide Life Threat Behav* 1973, 3: 3–10.
214. Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., Caine, E. D., Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*, 1996, 153(8): 1001–1008.
215. Kapamadžija, B., *Sudska psihijatrija*, Matica srpska, Novi Sad, 1997.
216. Franic, T., Kardum, G., Prizmic, M., Pavletic, N., Marcinko, Parental involvement in the war in Croatia 1991–1995 and suicidality in Croatian male adolescents. *Croat Med J*. 2012, 53: 244–253.
217. Wang et al., Survivors of war in northern Kosovo (III): The role of anger and hatred in pain and PTSD and their interactive effects on career outcome, quality of sleep and suicide ideation. *Conflict and Health* 2012, 6: 4.
218. Mugisha, J. et al., Major depressive disorder seven years after the conflict in northern Uganda: burden, risk factors and impact on outcomes (The Wayo-Nero Study). *BMC Psychiatry* 2015, 15: 48.
219. Sisask, M., Varnik, A., Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9(1), 123–138.
220. Saurina, C., Marzo, M., Saez, M., Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain. *International Journal for Equity and Health* 2015, Sep 8, 14(1): 75.
221. Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., Kawohl, W., Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *Lancet Psychiatry*. 2015 Mar 2(3): 239–245.

222. Milner, A., Niven, N., LaMontagne, A. D., Occupational class differences in suicide: evidence of changes over time and during the global financial crisis in Australia. *BMC Psychiatry* 2015, 15: 223
223. Deborah, M. Stone, Feijun Luo, Lijing Ouyang, Caroline Lippy, Marci F. Hertz, Alex E. Crosby, Sexual Orientation and Suicide Ideation, Plans, Attempts, and Medically Serious Attempts: Evidence From Local Youth Risk Behavior Surveys, 2001–2009. *American Journal of Public Health* 104: 2, 2014, 262–271.
224. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 18. Republika Srpska. Banja Luka, 2015.
225. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 17. Republika Srpska. Banja Luka, 2014.
226. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 16. Republika Srpska. Banja Luka, 2013.
227. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 15. Republika Srpska. Banja Luka, 2012.
228. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 14. Republika Srpska. Banja Luka, 2011.
229. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 13. Republika Srpska. Banja Luka, 2010.
230. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 12. Republika Srpska. Banja Luka, 2009.
231. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 11. Republika Srpska. Banja Luka, 2008.
232. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 10. Republika Srpska. Banja Luka, 2007.
233. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 9. Republika Srpska. Banja Luka, 2006.
234. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 8. Republika Srpska. Banja Luka, 2005.
235. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 7. Republika Srpska. Banja Luka, 2004.
236. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 6. Republika Srpska. Banja Luka, 2003.
237. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. STATISTIČKI BILTEN. Demografska statistika. Bilten broj 5. Republika Srpska. Banja Luka, 2002.

238. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Statistički godišnjak 2015. Republika Srpska. Banja Luka, 2015.
239. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Statistički godišnjak 2014. Republika Srpska. Banja Luka, 2014.
240. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Statistički godišnjak 2013. Republika Srpska. Banja Luka, 2013.
241. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Statistički godišnjak 2012. Republika Srpska. Banja Luka, 2012.
242. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Statistički godišnjak 2011. Republika Srpska. Banja Luka, 2011.
243. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Statistički godišnjak 2010. Republika Srpska. Banja Luka, 2010.
244. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Statistički godišnjak 2009. Republika Srpska. Banja Luka, 2009.
245. Lečić Toševski, Dušica, Vuković Olivera, Pejušković Bojana, Suicid u godinama stresa – srpsko iskustvo. *Psihijatrija danas*, 2015, vol. 47, br. 1, str. 19–27
246. Knox, K. L., Epidemiology of the relationship between traumatic experience and suicidal behaviors. *PTSD Res Q*, 19 (4), 2008, 1–7.
247. Fontana, A., R. A. Rosenheck, An etiological model of attempted suicide among Vietnam theatre veterans: prospective generalization to treatment seeking sample. *J Nerv Ment Dis*, 183 (6), 1995, 377–383.
248. Kessler, R. C., S. Galea, M. J. Gruber, N. A. Sampson, R. J. Ursano, S. C. Wessely, Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. *Mol Psychiatry*, 13 (4), 2008, 374–384.
249. Fontana, A., R. A. Rosenheck, Attempted suicide among Vietnam veterans: a model of etiology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 152 (1), 1995, 102–109.
250. Priebe, S., M. Bogic, R. Ashcroft, T. Franciskovic, G. M. Galeazzi, A. Kucukalic et al., Experience of human rights violations and subsequent mental disorders – A study following the war in the Balkans. *Soc Sci Med*, 71 (12), 2010, 2170–2177.
251. Lester, D., The effect of war on suicide rates. A study of France from 1826 to 1913. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993, 242(4): 248–249.
252. Oron Ostre, I., Wars and suicides in Israel, 1948–2006. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 May, 9(5): 1927–1938.
253. Morselli, H., *Suicide*. Kegan Paul & Co., London, UK, 1881.
254. Lunden, W. A., Suicides in France, 1910–1943. *Am. J. Sociol.* 1947, 52: 321–334.

255. Lester, D., Involvement in war and suicide rates in Great Britain, 1901–1965. *Psychol. Rep.* 1994, 75: 1154.
256. Marshall, J. R., Political integration and the effect of war on suicide: US, 1933–1976. *Social For.* 1981, 59: 771–785.
257. Šijaković, I., *Sociologija savremenog društva*, Ekonomski fakultet u Banjoj Luci, 2010.
258. Lester, D., Suicide rates before, during, and after the World Wars. *Eur. Psychiatr.* 1994, 9: 262–264.
259. Vujnović Gligorić, Bogdana, Antonije Pecikoza, Uticaj finansijske krize na budžet Republike Srpske. *Časopis za ekonomiju i tržišne komunikacije*, 2013, 2, 257–284.
260. Filipović, M., Promene u obrascima suicida u 20. veku, *Antropologija*. 2013, 3, 12.
261. Hawton, K., Catalan, J., *Attempted Suicide: A Practical Guide to its Nature and Management*. Transformer, Ceyhun B. Hekimler Yayın Birliği, Istanbul, 1994, 4–44.
262. Rhyne, C. E., D. I. Templer, L. G. Brown, Dimensions of suicide: perceptions of lethality, time and agony, *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 1995, 25 (3): 373–380.
263. Hirvikoski, T., Jokinen, J., *Personality traits in attempted and completed suicide*. European Psychiatry, 2011.
264. Ons.gov.uk. Suicides in the United Kingdom, 2012 Registrations – ONS.
265. Payne, Sarah et al., The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health* 5(1): 23–35.
266. Möller-Leimkühler, Anne Maria, The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2003, 253 (1): 1–8.
267. Girard, Chris, Age, Gender and Suicide: A Cross-National Analysis. *American Sociological Review*. 2011, 58 (4): 553–574.
268. Cutchin, M. P., Churchill, R. R., Scale, context, and causes of suicide in the United States. *Social Science Quarterly*. 1999, 80, 97–114.
269. Greenberg, M. R., Carey, G. W., Popper, F. J., External causes of death among young White Americans. *New England Journal of Medicine*. 1985, 313: 1482–1483.
270. Kearl, M. C., Harris, R., Individualism and the emerging “modern” ideology of death. *Omega: Journal of Dying and Death*. 1981, 12: 269–280.
271. Lester, D., *Note on Mohave theory of suicide*. *Cross-Cultural Research*. 1997, 31: 268–272.

272. Stack, S., The effect of modernization on suicide in Finland. 1750–1986. *Sociological perspectives*. 1993, 36: 137–148.
273. Rudmin, Lloyd Webster, Questions of Culture, Age, and Gender in the Epidemiology of Suicide, *Scandinavian Journal of Psychology* 44: 373–381.
274. Kocić, S. i sar., Pol kao faktor suicidnog rizika. *Med Pregl*. 2012, LXV (9–10): 415–420.
275. Hong, J., Knapp, M. Impact of macro-level socio-economic factors on rising suicide rates in South Korea: panel-data analysis in East Asia. *J Ment Health Policy Econ*. 2014 Dec, 17(4): 151–162.
276. Floyd Webster Rudmin, Marcello Ferrada-Noli, John-Arne Skolbekken, Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *J Ment Health Policy Econ*. 2014 Dec, 17(4): 151–162.
277. Kocić, S. et al., Godine starosti kao faktor rizika od suicida. *Vojnosanit Pregl*. 2008, 65(5): 371–375.
278. Figures and facts about suicide. Geneva: World Health Organization; 1999. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf
279. Milićević, D., *Suicid u Republici Srpskoj 1995–2005*. Književna zajednica “Vaso Pelagić” Banja Luka, 2009.
280. Durkheim, E., *Suicide. A study in Sociology*. Routledge, London and New York. 2005. First published 1897.
281. Bálint, Lajos, Péter Osváth, Zoltán Rihmer, Péter Döme. Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary. *Journal of Affective Disorders*. 2016, 190: 777–783.
282. Sobotka, L., Toulemon, T., Overview chapter 4: changing family and partnership behaviour: Common trends and persistent diversity across Europe. *Demogr. Res*. 2008, 19: 85–138.
283. Fukuchi, M. Kakizaki, Y. Sugawara, F. Tanji, I. Watanabe, A. Fukao, I. Tsuji. Association of marital status with the incidence of suicide: a population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study) *J. Affect. Disord*. 2013, 150, 879–885.
284. Kőlves, N. Ide, D. De Leo, Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: gender differences. *J. Affect. Disord*. 2010, 120: 48–53.
285. Kposowa, J., Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J. Epidemiol. Community Health*. 2000, 54: 254–261.
286. Masocco, M., M. Pompili, N. Vanacore, M. Innamorati, D. Lester, P. Girardi, R. Tatarelli, M. Vichi, Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin. *Psychiatr. Q*. 2010, 81, 57–71.

287. Stack, J., Scourfield, S., Recency of divorce, depression, and suicide risk. *J. Fam. Issues*. 2015, 36: 695–715.
288. Pompilli, M. et al., Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disorders*. 2013, 5: 457–490.
289. Lee, Y., H. Khang, M. Noh, J. I. Ryu, M. Son, Y. P. Hong, Trends in educational differentials in suicide mortality between 1993–2006 in Korea, *Yonsei Med J*. 2009, 50: 482–492.
290. Lewis, A. Sloggett, Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*. 1998, 317: 1283–1286.
291. Cubbin, F., B. Le Clere, G. S. Smith, Socioeconomic status and the occurrence of fatal and nonfatal injury in the United States. *Am. J. Public Health*, 2000: 90, 70–77.
292. Abel, M., L. Kruger, Educational attainment and suicide rates in the United States. *Psychol. Rep.*, 97, 2005: 25–28.
293. Nock, G., Borges, E. J., Bromet, J., Alonso, M., Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry*. 2008, 192: 98–105.
294. Reques, C., Giráldez-García, E. Miqueleiz, M. J. Belza, E. Regidor. Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults. *J. Epidemiol. Community Health*, 2014, 68: 1151–1160.
295. Mackenbach, I. Kulhánová, M. Bopp, P. Lundberg, for the EURO-GBD-SE Consortium,
296. Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the “fundamental causes” theory of social inequalities in health. *Soc. Sci. Med*. 2015, 127: 51–62.
297. Milner, H. Hjelmeland, E. Arensman, D. De Leo, Social-environmental factors and suicide mortality: a narrative review of over 200 articles. *Sociol. Mind*. 2013, 3: 137–148.
298. Strand, E. K., Grøholt, O. A., Steingrimsdóttir, T. et al., Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960–2000. *BMJ*. 2010, 340: c654.
299. Mäki, P. Martikainen, The role of socioeconomic indicators on non-alcohol and alcohol-associated suicide mortality among women in Finland. A register-based follow-up study of 12 million person-years. *Soc. Sci. Med*. 2009, 68: 2161–2169.
300. Lorant, A. E., Kunst, M., Huisman, G. et al., Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br. J. Psychiatry*. 2005, 187: 49–54.
301. Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E. et al., Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries. *The Lancet*. 2000–11.2015; 2 (3): 239–245.

302. Yamamura, E., Comparison of Social Trust's effect on suicide ideation between urban and non-urban areas: The Case of Japanese Adults in 2006. *Social Science & Medicine*. 2015, 140: 118–126.
303. Cao, L. Li, X. Zhou, C. Zhou, Social capital and depression: evidence from urban elderly in China. *Aging Ment. Health*. 2015, 19 (5): 418–429.
304. Forsman, F. Nyqvist, I. Schierenbeck, Y. Gustafson, K. Wahlbeck. Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging Ment. Health*, 2012: 16 (6): 771–779.
305. Pearce, J., Benneti, R., Jones, I., Have urban/rural inequalities in suicide in New Zealand grown during the period 1980–2001? *Social Science & Medicine*; Volume 65, Issue 8, October 2007: 1807–1819.
306. Pearce, D. Dorling, B. Wheeler, R. Barnett, J. Rigby. Geographical inequalities in health in New Zealand, 1980–2001: The gap widens Australian and New Zealand, *Journal of Public Health*, 30 (5), 2006: 461–466.
307. Pearce, R. Barnett, S. Collings, I. Jones, Did geographical inequalities in suicide among males aged 15–44 in New Zealand increase during the period 1980–2001? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (4), 2007: 359–365.
308. Grann, A. B. Troxel, N. Zojwalla, D. Hershman, S. A. Glied, J. S. Jacobson, Regional and racial disparities in breast cancer-specific mortality. *Social Science & Medicine*, 62 (2), 2006: 337–347.
309. Barnett, J. Pearce, G. Moon, Does social inequality matter? Changing ethnic socio-economic disparities and Maori smoking in New Zealand, 1981–1996. *Social Science & Medicine*, 60 (7), 2005: 1515–1526.
310. Acheson, N., *Independent inquiry into inequalities in health*. Stationary Office, London, 1998.
311. Davey-Smith, D. Dorling, R. Mitchell, M. Shaw. Health inequalities in Britain: Continuing increases up to the end of the 20th century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (6), 2002: 434–435.
312. Ocaña-Riola, C. Sánchez-Cantalejo, A. Fernández-Ajuria. Rural habitat and risk of death in small areas of Southern Spain. *Social Science & Medicine*, 63 (5), 2006: 1352–1362.
313. Verheij, A., Explaining urban–rural variations in health: A review of interactions between individual and environment. *Social Science & Medicine*, 42 (6), 1996: 923–935.
314. Guildea, D. L. Fone, F. D. Dunstan, P. H. Cartlidge. Differences in risk of mortality under 1 year of age between rural and urban areas: An ecological study. *Public Health*, 119 (5), 2005: 442–447.

315. Dudley, N. Kelk, T. Florio, J. Howard, B. Waters, C. Haski et al., Suicide among young rural Australians 1964–1993: A comparison with metropolitan trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32 (5), 1997: 251–260.
316. Levin, A. H. Leyland. Urban/rural inequalities in suicide in Scotland, 1981–1999, *Social Science & Medicine*. 60 (12), 2005: 2877–2890.
317. Charlton, S. Kelly, K. Dunnell, B. Evans, R. Jenkins, Suicide trends in England and Wales: Trends in factors associated with suicide deaths. *Population Trends*, 71, 1993: 34–42.
318. Singh, M. Siahpush, Increasing rural–urban gradients in US suicide mortality, 1970–1997, *American Journal of Public Health*, 92 (7) (2002), 1161–1167.
319. Kim, Y. J. Song, J. J. Yi, W. J. Chung, C. M. Nam. Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea. *Annals of Epidemiology*, 14 (6) (2004), 442–446.
320. Mehlum, K. Hytten, F. Gjertsen, Epidemiological trends of youth suicide in Norway. *Archives of Suicide Research*, 5 (3) (1999), 193–205.
321. Dudley, B. Waters, N. Kelk, J. Howard, Youth suicide in New South Wales: Urban–rural trends. *Medical Journal of Australia*, 156 (2) (1992), 83–88.
322. Morrell, A. N. Page, R. J. Taylor. The decline in Australian young male suicide, *Social Science & Medicine*, 64 (3) (2007), 747–754.
323. Johnson, K., The rural rebound. *Reports on America*, 1 (3) (1999), 1–19.
324. Weich, G. Lewis, Material standard of living, social class and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (1) (1998), 8–14.
325. Ostamo, E. Lahelma, J. Lonnqvist, Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession. *Social Science & Medicine*, 52 (11) (2001), 1741–1750.
326. Wilkinson, D. Gunnell, Comparison of trends in method-specific suicide rates in Australia and England & Wales, 1968–97, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (2) (2000), 153–157.
327. Morrell, A. N. Page, R. J. Taylor. The decline in Australian young male suicide *Social Science & Medicine*, 64 (3) (2007), 747–754.
328. Harding, J. Sewell, Psychological health and employment status in an island community. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 65 (1992), 269–279.
329. Gift, T. R. Zastowny, Psychiatric service utilization differences by sex and locale, *International Journal of Social Psychiatry*, 36 (1) (1990), 11–17.

330. Rost, M. Zhang, J. Fortney, J. Smith, G. R. Smith Jr. Rural–urban differences in depression treatment and suicidality. *Medical Care*, 36 (7) (1998), 1098–1107.
331. Gottfredson, M., Hirschi, T., *A General Theory of Crime*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1990.
332. Mandara, J., Murray, C. B., Effects of parental marital status, income, and family functioning on African American adolescent self-esteem. *Journal of Family Psychology*. 2000: 14, 475–490.
333. Meldrum, R., Beyond parenting: An examination of the etiology of self-control. *Journal of Criminal Justice*. 2008, 36: 244–251.
334. Harris, J. R., The outcome of parenting: What do we really know? *Journal of Personality*, 2000, 68: 625–637.
335. Walsh, A., *Biosocial Criminology: Introduction and Integration*. Cincinnati, OH: Anderson, 2002.
336. Cleveland, H., Wiebe, R. P., van den Oord, E. J. C. G., Rowe, D. C., Behavior problems among children with different family structures: The influence of genetic self-selection. *Child Development*. 2000, 71: 733–751.
337. O'Connor, R. C. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*. 2011, 32(6): 295–298.
338. Fairweather, A. K. et al., Distinguishing suicide attempters from suicide ideators. *Psychological Medicine*, 2006, 36, 1235–1245.
339. Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J., A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Arch Gen Psychiatry*. 1993, 50: 853–862.
340. Preeti Parakh' Gender issues in life event research in India: A critical appraisal of the presumptive stressful life events scale. *Asian Journal of Psychiatry*. Volume 4, Issue 1, March 2011, 19–21.
341. Brown, T. O. Harris, M. J. Eales. Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *Br. J. Psychiatry*, 168 (30) (1996), 50–57. (Supplement)
342. Giulio Castelpietra et al., Somatic disorders and antidepressant use in suicides: A population-based study from the Friuli Venezia Giulia region, Italy, 2003–2013. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015, 79: 372–377.
343. Qin, P., Webb, R., Kapur, H., Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J. Intern. Med*. 2013, 273: 48–58.
344. Crump, K. Sundquist, J. Sundquist, M. A. Winkleby, Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol. Med*. 2014, 44: 279–289.

345. Pompili, R., Innamorati, M., Masotti, V. et al., Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a north Italy area (1994–2004). *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 2008, 16: 727.
346. Erlangsen, W., Vach, B., Jeune, A., The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: a population-based register study. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2005, 53: 771–776.
347. Castelpietra, G., A. Morsanutto, E. Pascolo-Fabrici, G. Isacson. Antidepressant use and suicide prevention: a prescription database study in the region Friuli Venezia Giulia. *Acta Psychiatr. Scand.*, 118 (2008), 382–388.
348. Bolton, R., Walld, D., Chateau, G., Finlayson, J., Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychol. Med.* 2015, 45: 495–504.
349. Robson, F. Scrutton, L. Wilkinson, F. MacLeod, The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-Oncology*, 2010, 19: 1250–1258.
350. Bachynski, K. E., Canham-Chervak, M., Black, S. A., Dada, E. O., Millikan, A. M., Jones, B. H., Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007–8. *Inj Prev.* 2012, 18(6): 405–412.
351. Haney, E. M, O’Neil, M. E., Carson, S. et al., *Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools: A Systematic Review*. Portland, OR: Department of Veterans Affairs; 2012.
352. Dragišić-Labaš, Slađana, Social Factors in the Etiology of Suicidal Behavior of Military Invalids of War 1991-1995. *Sociology. Journal of Sociology, Social Psychology and Social Anthropology.* 2000, 42(2): 159–172.
353. Rodante, D., Rojas, S. M., Feldner, M. T. et al., Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. *Comprehensive Psychiatry.* 2016, 70: 25–31.
354. Mann, J., Bortinger, M. A., Oquendo, D. et al., Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry*, 162 (2005), 1672–1679.
355. Roy, A., Family history of suicidal behavior and earlier onset of suicidal behavior. *Psychiatry Res*, 129 (2004), 217–219.
356. Jeglic, E. L., Sharp, J. E., Chapman, G. K. et al., History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Arch Suicide Res*, 9 (2005), 135–146.
357. Glowinski, K. K., Bucholz, E. C., Nelson, Q. et al., Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40 (2001), 1300–1307.

358. Linkowski, P., Maertelaer, V., Mendlewicz, J., Suicidal behaviour in major depressive illness, *Acta Psychiatr Scand*, 72 (1985).
359. Avenevoli, S., Merikangas, K. R., Implications of high-risk family studies for prevention of depression. *Am. J. Prev. Med.*, 2006, 31, 126–135.
360. Holma, K. M., Melartin, T. K., Holma, I. A., Isometsa, E. T., Predictors for switch from unipolar major depressive disorder to bipolar disorder type I or II: a 5-year prospective study. *J. Clin. Psychiatry* 69, 2008, 1267–1275.
361. Husain, M. M., Rush, J. A., Wisniewski, S. R., McClintock, S. M., Fava, M., Nierenberg, A. A., Davis, L., Balasubramani, G. K., Young, E., Alcala, A. A., Trivedi, M. H., Family history of depression and therapeutic outcome: findings from STAR*D. *J. Clin. Psychiatry* 70, 2009, 185–195.
362. Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D. J., Grillon, C., Bruder, G., Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 2005, 29–36.
363. Holma, K. M. et al., Family history of psychiatric disorders and the outcome of psychiatric patients with DSM-IV major depressive disorder, *Journal of Affective Disorders* 131 (2011), 251–259.
364. Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., Pedersen, N. L., Age at onset and familial risk for major depression in a Swedish national twin sample. *Psychol. Med.* 35, 2005, 1573–1579.
365. Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Rohde, P., A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 58, 2001, 13–20.
366. Prescott, C. A., Aggen, S. H., Kendler, K. S., 2000. Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a populationbased sample of US twins. *Arch. Gen. Psychiatry* 57, 803–811.
367. Kapamadžija, B., Šovljanski, M., Biro, M., *Osnovi medicinske suicidologije*. Beograd–Zagreb: Medicinska knjiga, 1990.
368. Giulio, C., Michele, G., Francesca, V. et al., Somatic disorders and antidepressant use in suicides: A population-based study from the Friuli Venezia Giulia region, Italy, 2003–2013. *Journal of Psychosomatic Research* 79 (2015), 372–377.
369. Qin, P., Webb, R., Kapur, N., Sorensen, H. T., Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study, *J. Intern. Med.* 273 (2013) 48–58.
370. Pompili, M., M. Innamorati, V. Masotti, F. Personè, D. Lester, C. Di Vittorio, et al., Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a north Italy area (1994–2004), *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 16 (2008), 727.

371. Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G., Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004, 4: 37.
372. Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., Lawrie, S. M., Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 2003; 33: 395–405.
373. Prévile, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., Seguin, M., Physical health and mental disorder in elderly suicide: a casecontrol study. *Aging & Mental Health* 2005, 9: 576–578.
374. Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., et al., A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2012, 9: 722–745.
375. De Leo, D. et al., Suicides in older adults: A casecontrol psychological autopsy study, *Australia Journal of Psychiatric Research* 47 (2013), 980–988.
376. Prévile, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., Seguin, M., Physical health and mental disorder in elderly suicide: a casecontrol study. *Aging & Mental Health* 2005, 9: 576–584.
377. Brown, S., Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 171 (1997), 502–508.
378. Nordentoft, T. M. Laursen, E. Agerbo, P. Qin, E. H. Høyer, P. B. Mortensen. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981–97: nested case–control study. *BMJ*, 329 (7460) (2004), 261.
379. Addington, J., Williams, J., Young, D., Addington K., Suicidal behaviour in early psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 109 (2) (2004), 116–120.
380. Clarke, P. Whitty, S. Browne, O. Mc Tighe, A. Kinsella, J. L. Waddington, C. Larkin, E. O'Callaghan, Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr. Res.*, 86 (1–3) (2006), 221–225.
381. Upthegrove, M. Birchwood, K. Ross, K. Brunett, R. McCollum, L. Jones, The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 122 (3) (2010), 211–218.
382. Palmer, V. S. Pankratz, J. M. Bostwick. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62 (3) (2005), 247–253.
383. Barrett, K. Sundet, A. Faerden, R. Nesvag, I. Agartz, R. Fosse, E. Mork, N. E. Steen, O. A. Andreassen, I. Melle. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr. Res.*, 119 (1–3) (2010), 11–17.
384. Robinson, S. Cotton, P. Conus, B. G. Schimmelmann, P. McGorry, M. Lambert Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 42 (2) (2009), 149–157.

385. Verdoux, F. Liraud, B. Gonzales, F. Assens, F. Abalan, J. van Os, Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr. Scand.*, 103 (5) (2001), 347–354.
386. Bertelsen, P. Jeppesen, L. Petersen, A. Thorup, J. Ohlenschlaeger, P. le Quach, T. O. Christensen, G. Krarup, P. Jorgensen, M. Nordentoft, Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 51 (2007), 140–146.
387. Rossau, P. B. Mortensen, Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br. J. Psychiatry*, 171 (1997), 355–359.
388. Roy, A., Suicide in chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 141 (1982), 171–177.
389. World Health Organization, 2000, www.who.int/mental_health/prevention/suicide
390. O'Connell, A. V. Chin, C. Cunningham, B. A. Lawlor, Recent developments: suicide in older people. *British Medical Journal*, 329 (2004), 895–899.
391. Conwell, P. R. Duberstein, E.D. Caine, Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52 (2002), 193–204.
392. Snowdon, G. E., Hunt M., Age, period and cohort effects on suicide rates in Australia, 1919–1999. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 105 (2002), 265–270.
393. Hepple, C., Quinton J., One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 171 (1997), 42–46.
394. Waern, M., B. S. Runeson, P. Allebeck, J. Beskow, E. Rubenowitz, I. Skoog, K. Wilhelmson, Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 159 (2002), 450–455.
395. Harris, E. C., B. Barraclough, Suicide as an outcome for mental disorders: A Meta-Analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170 (1997), 205–228.
396. Knopman, J. Kitto, S. Deinard, J. Heiring, Longitudinal study of death and institutionalization in patients with primary degenerative dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36 (1988), 108–112.
397. Harwood, K. Hawton, T. Hope, R. Jacoby, Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (2001), 155–165.
398. Chiu, L. C. Lam, A. H. Pang, C. M. Leung, C. K. Wong, Attempted suicide by Chinese elderly in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 18 (1996), 444–447.
399. Schneider, K. Maurer, L. Frolich, Dementia and suicide. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 69 (2001), 164–169. Cited in Barak and Aizenberg.
400. Barak, Y., D. Aizenberg, Suicide amongst Alzheimer's disease patients: a 10-year survey. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 14 (2002), 101–103.

401. Margo, G. M., J. A. Finkel, Early dementia as a risk factor for suicide. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (1990), 676–678.
402. Lim, E. H. Rubin, M. Coats, J. C. Morris, Early-stage Alzheimer disease represents increased suicidal risk in relation to later stages. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2005, 19: 214–219.
403. WHO, Suicide rates (per 100,000), by gender, Lithuania, 1981–2009.

8. ПРИЛОГ

У П И Т Н И К број: _____

СОЦИОДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

1. СТАРОСТ

1. до 20 година
2. 21–30 година
3. 31–40 година
4. 41–50 година
5. 51–60 година
6. 61–70 година
7. Више од 71 године

2. БРАЧНО СТАЊЕ

1. Неожењен/ живи сам
2. Неожењен/ живи са породицом
3. Ожењен
4. Ванбрачна веза
5. Разведен/ живи сам
6. Разведен/ живи са породицом
7. Удовац

3. ДЕЦА

1. Нема деце

2. Има децу, али није у контакту са њима
3. Има децу, али је у слабијем контакту са њима
4. Има децу и у контакту је са њима
5. Има децу и живи са њима

4. ШКОЛСКА СПРЕМА

1. Без школе
2. До четири разреда основне школе
3. Основна школа
4. KB и KBK
5. Средња школа
6. Виша или висока школа

5. ЗАНИМАЊЕ

1. Радник
2. Земљорадник
3. Занатлија
4. Домаћица
5. Службеник
6. Интелектуални радник
7. Студент, ученик
8. Пензионер

6. НАЦИОНАЛНА ПРИПАДНОСТ

1. Србин

2. Хрват
3. Бошњак
5. Остали

7. РЕЛИГИЈСКА ПРИПАДНОСТ

1. Православна
2. Католичка
3. Протестантска
4. Муслиманска
5. Атеиста

8. МЕСТО СТАНОВАЊА

1. село
2. град

9. МИГРАНТСКИ СТАТУС

1. Рођен у средини у којој је живео
2. Рођен у другој, али сличној средини
3. Рођен у другој и другачијој средини
4. Избеглица

10. СТАМБЕНО ПИТАЊЕ

1. Задовољавајуће решено (власник је куће или стана или су му то родитељи)
2. Незадовољавајуће решено (подстанар или сувласник стана или куће у којој живи у неодговарајућој заједници)

3. Изразито незадовољавајуће решено (нема трајно решено стамбено питање и често мења место становања)

11. ЕКОНОМСКА СИТУАЦИЈА

1. Одлична (има стално изразито високе приходе и може да приушти себи све што пожели)
2. Задовољавајућа (има сталне доста добре приходе, може себи да приушти оно што му је важно)
3. Осредња (има просечне приходе којима може себи да обезбеди скроман живот)
4. Незадовољавајућа (има недовољне и несталне приходе, понекад мора да се лишава основних потреба)
5. Веома незадовољавајућа (нема никакве приходе или су минимални, лишен у задовољавању основних животних потреба)

12. РАЗОРЕНИ ДОМ

1. Нема
2. Недостатак оца
3. Недостатак мајке
4. Недостатак оба родитеља
5. Алкохолизам у породици

13. ЖИВОТНИ ДОГАЂАЈИ

1. У последњих годину дана се нису догодили
2. У последњих годину дана су се догодили

14. КОНФЛИКТНА СИТУАЦИЈА

1. Нема

2. У интерперсоналним релацијама
3. На радном месту или у школи
4. Са члановима породице
5. Са партнером

15. СМРТ БЛИСКЕ ОСОБЕ

1. Није се догодила у последњих годину дана
2. Догодила се у последњих годину дана

16. УСАМЉЕНОСТ

1. Није запажена (уобичајено је контактирао са људима)
2. Благо присутна (слабије је контактирао са људима)
3. Веома изражена (прекинуо је раније контакте са људима)

17. ТЕЛЕСНА БОЛЕСТ И БОЛОВИ

1. Није се жалио на тегобе
2. Имао повремене тегобе (које?)
3. Имао учестале тегобе (које?)

18. УЧЕШЋЕ У РАТУ

1. Није учествовао и није се оптерећивао ситуацијом
2. Није учествовао, али се оптерећивао ситуацијом
3. Учествовао је као добровољац у ратним дејствима
4. Био је мобилисан и учествовао у ратним дејствима
5. Био је мобилисан у резервни састав

6. Рањаван

ПСИХОПАТОЛОШКИ И ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПОДАЦИ

1. ПСИХИЈАТРИЈСКИ ХЕРЕДИТЕТ

1. Нема
2. Поремећај личности
3. Душевна болест – неодређено
4. Алкохолизам
5. Депресија
6. Шизофренија
7. Суицид

2. ПСИХИЈАТРИЈСКО ЛЕЧЕЊЕ

1. Не
2. Да

3. УПОТРЕБА ПСИХОФАРМАКА

1. Не
2. Да
3. Самоиницијативно престао са употребом

4. АЛКОХОЛИЗАМ

1. Не

2. Нетоксикомански

3. Токсикомански

5. РЕАКТИВНО СТАЊЕ

1. Нема

2. Депресивно

3. Раздражљиво, узнемирено

6. ОРГАНИЦИТЕТ

Питања: Да ли је деловао, понашао се или говорио збуњено? Да ли је имао проблема да препозна људе, места, време?

1. Добро се оријентисао (аутопсихички, алопсихички, спацио-темпорално)

2. Блага дезоријентација (повремено је изгледао сметено, имао је потешкоће у препознавању мање познатих места и објеката, ређих посетилаца и даљих рођака)

3. Умерена дезоријентација (имао је повремене потешкоће у препознавању дана, месеца, простора, сигурно је препознавао само блиске особе)

4. Изражена дезоријентација (није препознавао све који брину о њему, није могао да се остави без надзора, није имао исправну представу о времену)

5. Екстремна дезоријентација (није идентификовао ни блиске чланове породице, био је временски дезоријентисан, лични идентитет био је конфузан)

7. ПРОБЛЕМИ ПАМЋЕЊА

Питања: Да ли је био забораван? Да ли је више пута запиткивао у вези са истим стварима? Да ли је губио предмете?

1. Очувано памћење (није имао никаквих проблема у погледу задржавања и репродуковања како старих тако и свежих информација)

2. Благо поремећено памћење (повремено је био деконцентрисан и расејан, али се то није значајно одражавало на његово професионално и свакодневно функционисање)

3. Умерено поремећено памћење (често није могао да се присети неких свежих информација, често је предузимао активности, а потом одустајао јер није могао да се сети своје намере, поновљено запиткивао за исте ствари)
4. Изражено поремећено памћење (није могао да упамти оно што му је речено, заборављао је основне биографске податке у вези са својом децом и најближом породицом)
5. Екстремно поремећено памћење (заборављао је све што му се каже, понашао се као да неку информацију први пут чује мада му је она изречена, памћење регредирао у давну прошлост)

8. ПАД КОНТРОЛНИХ МЕХАНИЗАМА

- Питања: Да ли је умео лако да заплаче? Да ли се без јасног повода смејао или плакао? Да ли је немотивисано импулсивно реаговао и остављао утисак да не може да се обузда вољом?

1. Пад контролних механизма није присутан (емоционално је усклађен, квалитативно и квантитативно афективно реагује у складу са подстицајем)
2. Пад контролних механизма благо изражен (плачљиви је него раније, осетљивији, увредљивији, нешто чешће него раније се повуче или плане)
3. Пад контролних инстанци умерено изражен (често плаче без наоко видљивих разлога, брзо мења расположење, емоционалне реакције интензивније, теже се обуздава)
4. Пад контролних инстанци изражен (у току кратког времена мења расположења, експлозивно и без одгађања реагује на мали повод, околина тешко разумева његова емоционална стања у смислу повезаности са подстицајима)
5. Пад контролних инстанци екстреман (потпуно дезинхибиран, непредвидљив и немотивисан у афективним реакцијама, околина ни он сам не могу да га обуздају)

9. БРИГА ЗА ТЕЛЕСНО ЗДРАВЉЕ

- Питања: Какво је било његово телесно здравље? Да ли је бринуо о њему? Да ли је та брига превазилазила уобичајену и постала централно место у његовом животу?

1. Није имао никаквих здравствених тегоба нити се бринуо
2. Благо присутна брига за телесно здравље (повремено се жалио на телесне тегобе и испољавао бригу, али то није утицало значајно на његов живот и функционисање)

3. Умерена брига (имао је телесних тегоба, био доста забринут за њих, често је говорио о својој болести, обилазио лекаре или је пак страховао од посете лекару због могуће озбиљности своје болести)
4. Изражена брига (био је концентрисан доминантно на своје здравље, континуирано се жалио и тражио помоћ, био је изражено анксиозан у вези са тим)
5. Екстремна брига за здравље (доминантне хипохондријске суманутости, понекад бизарне, афективно снажно обојен страх, незнађе, очекивање смрти или трајног онеспособљења)

10. АНКСИОЗНОСТ

- Питања: Да ли је био забринут и због чега? Да ли је био веома напет и зашто? Да ли је био уплашен и како је то изгледало? Да ли је имао утисак да се нешто страшно може догодити?

1. Одсуство анксиозности (никада није испољавао напетост, стрепњу или страх)
2. Благо присутна анксиозност (блажа напетост, стрепња и забринутост ограничене на неке специфичне ситуације)
3. Умерено присутна анксиозност (нервоза, тензија, несигурност у специфичним ситуацијама, али и преношење истих на генерални план, општа узнемиреност која га прожима)
4. Изражена анксиозност (највећи део времена је узнемирен, остали садржаји су потиснути у други план, у специфичним ситуацијама атаци панике)
5. Екстремна анксиозност (континуиран страх и немир који га потпуно паралише, махом паничних размера, не може да функционише ни у једном животном сегменту)

11. ОСЕЋАЊЕ КРИВИЦЕ

- Питања: Да ли се кајао због неких ранијих ствари, понашања? Да ли је за различите ствари, па и своје потешкоће окривљавао себе? Да ли је осећао да заслужује казну? Да ли је мислио да га други за нешто оптужују?

1. Одсуство осећања кривице (није се кајао нити осећао кривим)

2. Благо изражено осећање кривице (благо изражено жаљење у односу на нека своја ранија понашања, враћање филма уназад и амбиваленција у смислу да ли је нешто учинио добро или погрешно)
3. Умерено изражено осећање кривице (жаљење у односу на раније поступке, премеравање своје кривице за сасвим тривијалне ствари, самопрекор)
4. Изражено осећање кривице (самопотцењивање, самоокривљавање и кајање које доминира, доживљај грешности у вези са свим што је ишло лоше, страх од казне)
5. Екстремно осећање кривице (идеје кривице и казне имају размере суманутости, понашање је њима преплављено, онемогућава функционисање у другим областима живота)

12. ДЕПРЕСИВНО РАСПОЛОЖЕЊЕ

- Питања: Да ли је био весео или нерасположен? Да ли је имао лоших мисли? Да ли је деловао утучено? Да ли је често плакао?

1. Одсутно депресивно расположење (нема непријатних осећања нити других знакова депресије)
2. Благо депресивно расположење (пролазно осећање туге, губитак ведрине, суморнији и забринутији него раније)
3. Умерено депресивно расположење (изражава песимизам, без наде, више времена је тужан, садржаји депресивни)
4. Изражено депресивно расположење (доминантно депресивно расположење са одговарајућим соматским еквивалентима, преокупираност смрћу, самоубиством)
5. Екстремно депресивно расположење (депресивни ступор или агитација, богате депресивне суманутости, аутодеструктивно понашање)

13. ГУБИТАК ИНТЕРЕСОВАЊА

- Питања: Да ли су га занимале уобичајене ствари у вези с дневним догађајима, у вези с члановима породице, широм околином? Да ли га је занимао његов посао, неке друге активности, хоби, људи који су га раније занимали? Да ли су га занимали неки планови везани за будућност?

1. Одсуство губитка интересовања (заинтересован је као и раније за свој посао, хоби, чланове породице, догађаје и људе у широј околини, планове за будућност)
2. Благи губитак интересовања (занимање за ужу средину је углавном неизмењено, али занимање за догађања у широј средини је слабије, исто важи и за будућа догађања)
3. Умерен губитак интересовања (за чланове породице је очигледно да његово интересовање за све области живота постаје мање и површније)
4. Изражен губитак интересовања (готово уопште нема интересовања за збивања у околини, било какву врсту посла, тешко му пада и брига о себи самом)
5. Екстреман губитак интересовања (не занимају га никаква збивања, као да живи у свом свету, не занима га ни задовољавање основних животних потреба нити његова хигијена и здравље)

14. ПАД ЕФИКАСНОСТИ

- Питања: Да ли предузима послове које је и раније предузимао и да ли успева у њиховој реализацији? Да ли је истрајан у обављању неке активности или лако диже руке од посла? Да ли му је неопходно много подстицања да би нашто успео да обави?

1. Одсуство пада ефикасности (веоме је ефикасан и способан, истрајан и упоран у реализацији, постиже добре резултате, покреће га унутрашња мотивација)
2. Благи пад ефикасности (ређе него раније предузима послове, потребно му је више подстицаја, са више тешкоћа успева неки посао да приведе крају)
3. Умерени пад ефикасности (тешко отпочиње неки посао, губи занимање и концентрацију за њега, непостојан је и не уме да га заврши на начин како је то раније умео)
4. Изражени пад ефикасности (веома ретко отпочиње послове, готово никада не успе да их реализује, све му тешко пада)
5. Екстремни пад ефикасности (не предузима ништа, не успева да реализује најпростије послове, не реагује на подстицање околине, потпуно је апрагматичан и нефункционалан)

15. СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА

- Питања: Да ли контактира и дружи се са људима? Да ли налази задовољство у тим контактима? Да ли отворено разговара о својим проблемима, спреман да подели своја размишљања и мишљења са другима?

1. Одсуство социјалне изолације (друштвен, комуникативан, отворен, срдчан, предузимљив)
2. Блага социјална изолација (мање спреман да иницира контакте, мање ужива у њима)
3. Умерена социјална изолација (у социјални контакт улази тек на подстицаје из околине, сам га ретко или никада не иницира, запажа се одсуство аутентичног интересовања за друге, окренут је себи, комуникација са другима му представља напор)
4. Изражена социјална изолација (није спреман да комуницира ни на подстицаје околине, избегава и чланове најуже породице, нико не зна каква су му размишљања, активно избегава контакте са људима)
5. Екстремна социјална изолација (не жели да излази из своје собе, мало говори или је мутистичан, пружа активан отпор комуникацији са најближима)

16. ГУБИТАК АПЕТИТА

- Питања: Да ли једе уобичајено често, уобичајене количине хране? Да ли га треба подсећати да једе? Да ли има неке посебне идеје у вези с јелом – да није заслужио да једе, да је храна затрована...?

1. Одсуство губитка апетита (једе довољно често, довољне количине хране, без подстицаја)
2. Благи губитак апетита (слабије изражена жеља за јелом, али на подстицај околине не одступа значајније од уобичајене)
3. Умерени губитак апетита (на подстицај једе извесне, недовољне количине хране, али нема апетита)
4. Изражени губитак апетита (узима веома мале количине хране уз интензивно ангажовање породице, сам уопште не би јео)
5. Екстремни губитак апетита (нема апетит, не може да поједе храну, гади му се, има идеју да није заслужио да једе, да треба да престане да једе да би тако умро, избацује унесену храну)

17. ПОРЕМЕЋАЈ СНА

- Питања: Да ли спава уобичајено дуго? Да ли му је сан био испрекидан и поремећен? Како усни и како се буди? Да ли је изменио ритам сан–будност? Да ли има ноћне море?

1. Одсуство поремећаја сна (сан је уобичајено дуг, заспи лако, буди се у уобичајено време, после спавања је одморан)
2. Благо поремећен сан (теже усни, повремено се буди, спава нешто дуже или се буди нешто раније него уобичајено)
3. Умерени поремећај сна (врло тешко усни, сан је испрекидан и поремећен, буди се врло рано или спава неуобичајено дуго, има тешке снове)
4. Изражени поремећај сна (не може да заспи без лекова, сан му је испрекидан и поремећен, има ноћне море, када се пробуди није одморан)
5. Екстремни поремећај сна (лекови за спавање не могу да му обезбеде сан, заспи на тренутак, већи део ноћи проведе будан, кад устане, уморнији је него пре спавања)

18. БЕСПЕРСПЕКТИВНОСТ

- Питања: Да ли је размишљао о будућности? Да ли је планирао неке активности за будуће време? Да ли се радовао неким очекиваним догађајима? Да ли је видео себе у будућности?

1. Одсуство бесперспективности (планира, има адекватну пројекцију себе у будућности, радује се будућим догађајима)
2. Блага бесперспективност (на будућност гледа са благим степеном страха, избегава прављење планова)
3. Умерена бесперспективност (више живи у прошлости него у будућности, размишљање о будућности код њега изазива сумњу и страх, спонтано се не пројектује у будућност)
4. Изражена бесперспективност (живи у прошлости, на будућност гледа све црно до суманутости – пропаст, беда, сиромаштво, болест, смрт)
5. Екстремна бесперспективност (сумануте идеје нихилистичког типа, будућност не постоји)

19. БИЗАРНИ МИСАОНИ САДРЖАЈИ

- Питања: Да ли је имао чудне мисли, идеје, теорије? Да ли су му се оне присилно наметале и није могао да их се ослободи? Да ли су заузимале важно место у његовом животу?

1. Одсуство бизарних садржаја (није имао никаквих чудних мисли, прецењених идеја ни опсесивних мисли)
2. Благо необични мисаони садржаји (прецењене идеје, необично веровање, повремено наметање опсесивних мисли)
3. Умерено необични мисаони садржаји (бизарне теорије и веровања, интерпретације које имају суманути призвук)
4. Изражено необични мисаони садржаји (преокупираност суманутим и бизарним идејама и веровањима, они доминирају мисаоним садржајем и ометају функционисање)
5. Екстремно необични мисаони садржаји (свеобухватне бизарне теорије и суманутости које у целости одређују понашање)

20. ХАЛУЦИНАЦИЈЕ

- Питања: Да ли му се чинило да чује буку или гласове када нема никога или ничега што би их могло објаснити? Да ли је те гласове чуо у својој глави или из спољашње средине? Да ли су му претили, наређивали, ругали му се? Да ли је видео оно што други не виде? Да ли је осетио неке чудне укусе, мирисе, или осете по телу? Да ли је друге уверавао у њихову реалност? Да ли се понашао у складу са њима?

1. Одсуство халуцинација (перцепција одговара реалитету кад су у питању сва чула)
2. Благе халуцинације (има елементарна перцептуална доживљавања у одсуству стимулуса)
3. Умерене халуцинације (постоје халуцинаторна доживљавања, али само повремено, спонтано нестају и не утичу на понашање)
4. Изражене халуцинације (халуцинације су честе, одсуство увида у њихову реалност, реагује на њих усмеравајући своје понашање)
5. Екстремне халуцинације (масивне халуцинације, халуцинаторна стања прекривају све друго)

21. КОНЦЕПТУАЛНА ДЕЗОРГАНИЗАЦИЈА МИШЉЕЊА

- Питања: Да ли је могао да мисли јасно? Да ли су му мисли биле замагљене и нејасне? Да ли је у разговору губио нит, идеју водилу? Да ли је саопштавао мисли у фрагментима, неповезано?

1. Одсуство КДМ (мисли јасно, разумљиво, мисли повезане, прецизне)
2. Блага КДМ (понекад током разговора постаје деконцентрисан, губи нит)
3. Умерена КДМ (губи асоцијације, блокови у мишљењу, тешко је повезати и разумети оно што говори, у праћењу говора је потребно уложити велики напор)
4. Изражена КДМ (комуникација је веома отежана због неповезаности асоцијација, фрагментарног говора, неологизама)
5. Екстремна КДМ (могу се уз напор разумети само изоловани фрагменти, а целина говора је неразумљива)

22. МАНИРИЗМИ

- Питања: Да ли се понашао необично и заузимао необичне ставове? Да ли му је тело понекад заузимало необичан, неприродан, бизаран став?

1. Одсуство маниризма (нема необичног понашања, природан став тела, гестикулација и мимика)
2. Благи маниризми (општи утисак нечег ексцентричног у ставу тела, повремени понављани мали али нешто необичнији покрети)
3. Умерени маниризми (чести, мали, стереотипни покрети и гримасе, кривељење, магијски покрети)
4. Изражени маниризми (мноштво или упадљивост стереотипних и неприродних моторних радњи и континуирани ставови у току дужег временског периода)
5. Екстремни маниризми (континуирано, неконтролисано бизарно моторно понашање)

23. СУМЊИЧАВОСТ

- Питања: Да ли је мислио да други људи имају зле намере? Да ли је мислио да су други људи критички расположени према њему и смеју му се? Да ли је мислио да има људи који му желе зло? Да ли је неко отворено покушао да га повреди, по његовом мишљењу? Да ли је по њему неко спремао заверу против њега?

1. Одсутна сумњичавост (нема сумњичавости према људима)
2. Блага сумњичавост (мислио да га други људи оговарају, да су критизерски настројени)

3. Умерена сумњичавост (благо изражене параноидне идеје)
4. Изражена сумњичавост (афективан став у односу на суманутости, активно елаборирање и понашање у складу са параноидним суманутостима)
5. Екстремна сумњичавост (свеобухватни систем флоридних суманутости које одређују живот и функционисање)

24. ХОСТИЛНОСТ

- Питања: Да ли је био груб, пун презира, непријатељски настројен према другима, ратоборан?

1. Одсуство хостилности (неагресивност и здрава агресивност у одговарајућим ситуацијама)
2. Блага хостилност (повремена склоност да према људима испољава иронију, сарказам, презир)
3. Умерена хостилност (често испољава вербалну агесију, глобално непријатељски став према људима, у емоционално провокативним ситуацијама реагује неконтролисаним бесом и агесијом)
4. Изражена хостилност (глобално груб став према људима, чести изливи агресивности на безначајан повод, физичко малтретирање укућана)
5. Екстремна хостилност (неконтролисана агесија без повода, сукоби са свима са којима је у ма каквом контакту)

25. НЕКООПЕРАТИВНОСТ

- Питања: Да ли је испољавао отпор према ма ком виду сарадње? Да ли је био одбојан према људима који од њега нешто очекују? Да ли је био континуирано агресиван према члановима породице, пријатељима, медицинском особљу?

1. Одсуство некооперативности (адекватна сарадња)
2. Блага некооперативност (противи се сарадњи, даје низ образложења за своју некооперативност, уз одсуство жеље да сарађује са људима)
3. Умерена некооперативност (пун је приговора када се од њега било шта тражи, или се једноставно повлачи у себе и одбија сарадњу)

4. Изражена некооперативност (активно и употребом физичке силе ескивира сарадњу са другим људима или заузима потпуно аутистичан став)
5. Екстремна некооперативност (недоступан је било каквој сарадњи, одбија сарадњу на агресиван или дубоко аутистичан начин и кад је у питању исхрана, узимање лекова, хигијена)

26. АГИТИРАНОСТ

- Питања: Да ли је био убрзан у говору или покретима? Да ли је радио нешто под утицајем снажног узбуђења или раздражења?

1. Одсутна агитираност (говор и понашање усклађени и неупадљиви)
2. Блага агитираност (претерано причљив и нешто активнији него што је то уобичајено)
3. Умерена агитираност (говори брзо и гласно, неуморан је, покрети убрзани, а њихова смисленост и циљаност смањени)
4. Изражена агитираност (континуиран ток речи, чести напади вике и галаме, стални покрети, дезорганизована активност, повремено врло деструктиван по себе и околину)
5. Екстремна агитираност (континуирана хаотична вербална и моторна ексцитација, деструктиван и крајње опасан за себе и околину)

27. ПРЕМОРБИДНА СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ

1. Неупадљив
2. Интровертан – тих, миран, осетљив
3. Интровертан – чудан, на своју руку, тежак
4. Екстровертан – веселјак, отворен, дружељубив
5. Екстровертан – раздражљив, импулсиван

ПОДАЦИ О СУИЦИДАЛНОМ ПОНАШАЊУ

1. РАНИЈЕ СУИЦИДАЛНО ПОНАШАЊЕ

1. Нема
2. Суицидалне идеје
3. Суицидалне најаве
4. Самоповређивање
5. Покушај суицида

2. НАЧИН ИЗВРШЕЊА СУИЦИДА

1. Вешање
2. Ватрено оружје
3. Хладно оружје
4. Скок са висине
5. Утопљење
6. Медикаментозна интоксикација
7. Интоксикација другим средством
8. Прегажен од стране неког саобраћајног возила
9. Струја
10. Више начина истовремено

3. МЕСТО ИЗВРШЕЊА СУИЦИДА

1. Блиско
2. Удаљено

4. ДА ЛИ ЈЕ БИО САМ НА МЕСТУ ИЗВРШЕЊА

1. Не
2. Да

5. ВРЕМЕ ОТКРИВАЊА

1. Тренутно
2. Од 1 до 3 сата
3. Више од 3 сата
4. Након једног или више дана

6. ОПРОШТАЈНО ПИСМО

1. Не
2. Да

7. ДОБА ДАНА

1. Ноћ
2. Рани јутарњи часови
3. Дан

8. ДАН У НЕДЕЉИ

1. Понедељак
2. Уторак
3. Среда
4. Четвртак
5. Петак

6. Субота

7. Недеља

9. ДОБА ГОДИНЕ

1. Пролеће

2. Лето

3. Јесен

4. Зима