Slađana M. Dragišić Labaš

SAMOUBISTVO

RAZLIČITI DISKURSI

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu | 2019

1838

Samoubistvo – različiti diskursi

Slađana M. Dragišić Labaš

Samoubistvo – različiti diskursi
Slađana M. Dragišić Labaš
Prvo izdanje, Beograd 2019.

Izdavač
Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet,
Institut za sociološka istraživanja,
Čika Ljubina 18–20, Beograd 11000, Srbija
www.f.bg.ac.rs

Za izdavača
Prof. dr Miomir Despotović,
dekan Filozofskog fakulteta

Recenzenti
Milana Ljubičić,
Jasmina Petrović,
Aleksandar Dimitrijević

Lektura i korektura
Teodora Todorić Milićević

Dizajn korice
Ivana Zoranović

Priprema za štampu
Dosije studio, Beograd

Štampa
JP Službeni glasnik, Beograd

Tiraž
200

ISBN
978-86-6427-116-5

Knjiga je deo projekta „Izazovi nove društvene integracije u Srbiji: koncepti i akteri" (ev. broj 179035), koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije

Mojim nekadašnjim studentima,
a sadašnjim kolegama („Generaciji – 2007“)

Sadržaj

11 | PREDGOVOR

15 | UVOD

19 | 1. SAMOUBISTVO: KRATAK ISTORIJSKI PRIKAZ

25 | 2. RELIGIJSKO SHVATANJE SAMOUBISTVA I ISPITIVANJE STAVOVA PREMA SAMOUBISTVU U 20. I 21. VEKU

30 | 2.1 Stavovi (religijski i opšti) prema samoubistvu i povezanost sa stopom suicida

35 | 3. SOCIOLOŠKE TEORIJE O SAMOUBISTVU I ISTRAŽIVANJA

35 | 3.1 Sociološke studije o samoubistvu u Srbiji

39 | 3.2 Samoubistvo kao svesna odluka i društveni čin: Dirkem

43 | 3.3 Samoubistvo kao nemogućnost ostvarenja kulturnih i ekonomskih potreba: razmatranja „posle Dirkema“

45 | 3.4 Samoubistvo kao socijalna devijacija i krivično delo

46 | 3.5 Samoubistvo i teorija etiketiranja (etiketiranje i stigmatizacija suicidanta i članova porodice)

48 | 3.6 Samoubistvo kao imitacija

50 | 3.7 Teorije o socijalnim problemima, totalitarnom i hiperpotrošačkom društvu, ekonomske teorije i samoubistvo

50 | 3.7.1 Teorije o socijalnim problemima

53 | 3.7.2 Disciplinujuće, totalitarno društvo i samoubistvo

55 | 3.7.3 Teorija o hiperpotrošačkom društvu i samoubistvo

56 | 3.7.4 *Cost-benefit* teorija i samoubistvo

57 | 3.7.5 Model participacije radne snage i samoubistvo

57 | 3.8 Teorija stres-vulnerabilnost u sociološkom diskursu
59 | 3.9 Novija sociološka istraživanja samoubistva: teorija i metodologija

61 | 4. DEMOGRAFSKI I SOCIOEKONOMSKI FAKTORI I SUICID
61 | 4.1 Rod i suicidnost
66 | 4.2 Godine starosti i suicidno ponašanje
66 | 4.2.1 Suicidno ponašanje starijih osoba
68 | 4.2.2 Suicidno ponašanje adolescenata i mladih odraslih
75 | 4.2.3 Suicidno ponašanje osoba u srednjem životnom dobu
77 | 4.3 Bračni status i suicid
80 | 4.4 Obrazovanje, socioekonomski status i samoubistvo u ruralnim i urbanim sredinama
80 | 4.4.1 Obrazovanje i suicidno ponašanje
81 | 4.4.2 Socioekonomski status i suicidno ponašanje
85 | 4.4.3 Socioekonomski status u urbanim i ruralnim sredinama i suicidno ponašanje
86 | 4.5 Rizična zanimanja, uslovi rada i suicidno ponašanje
90 | 4.5.1 Uslovi rada i suicidno ponašanje
92 | 4.5.2 Zlostavljanje na radnom mestu (*mobbing*, *workplace bullying*) i suicidno ponašanje

97 | 5. MANJINSKE I VULNERABILNE GRUPE I SUICID
97 | 5.1 Imigracija i pripadnost etničkim manjinama kao faktor rizika za suicid
102 | 5.2 Stariji kao vulnerabilna i visoko rizična grupa za suicidno ponašanje
105 | 5.3 Suicidno ponašanje dece i adolescenata, porodica i škola kao faktori rizika, buling u školi
109 | 5.3.1 Buling u školi i sajberbuling
113 | 5.4 Invalidnost i suicidno ponašanje
116 | 5.5 Vojnici i ratni veterani i suicidno ponašanje
122 | 5.6 Pripadnost seksualnim manjinama – LGBT populaciji – kao faktor rizika za suicid
127 | 5.7 Suicidno ponašanje među zatvorenicima i pritvorenicima
129 | 5.8 Viktimizovane osobe i suicidno ponašanje
130 | 5.8.1 Silovanje i suicidno ponašanje
132 | 5.8.2 Partnersko nasilje i suicidno ponašanje
135 | 5.9 Suicidno ponašanje osoba koje pate od teških somatskih bolesti

141 | 6. UTICAJ MEDIJA NA SUICIDNO PONAŠANJE
141 | 6.1 Internet, društvene mreže i samoubistvo
143 | 6.2 Izveštavanje u medijima i imitacija samoubistva

147 | 7. PSIHOLOŠKE TEORIJE I ISTRAŽIVANJA O SAMOUBISTVU
147 | 7.1 Psihoanalitička razmatranja agresivnog nagona i samoubistva
149 | 7.2 Teorije o samoubistvu kao „begu“
152 | 7.3 Stres-dijateza teorije o suicidu
154 | 7.4 Sistem ličnih konstrukata i suicidnost
155 | 7.5 Teorije učenja i samoubistvo
156 | 7.6 Kognitivno-bihevioralna teorija i samoubistvo
159 | 7.7 Interpersonalne psihološke teorije o samoubistvu
160 | 7.8 Transakciona analiza Erika Berna u objašnjenju suicida
162 | 7.9 Teorije o stilovima privrženosti i suicidno ponašanje
163 | 7.10 Emocije i crte ličnosti povezane sa suicidnim ponašanjem
164 | 7.10.1 Ljutnja i bes
165 | 7.10.2 Impulsivnost
165 | 7.10.3 Agresivnost
167 | 7.10.4 Prezir prema sebi
167 | 7.10.5 Narcizam
168 | 7.10.6 Usamljenost i beznađe

171 | 8. PSIHIJATRIJSKO RAZUMEVANJE SUICIDNOG PONAŠANJA I ISTRAŽIVANJA
173 | 8.1 Milovanovićevo shvatanje samoubistva kao svesne odluke i rezultata suicidnih motiva i suicidne psihe
176 | 8.2 Depresija i suicidno ponašanje
180 | 8.3 Bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija i suicidno ponašanje
181 | 8.4 Poremećaji ličnosti i suicidno ponašanje
182 | 8.5 Zloupotreba i zavisnost od alkohola i suicidno ponašanje
185 | 8.6 PTSP i suicidno ponašanje
186 | 8.7 Psihički poremećaji, socijalni kontakti i suicidno ponašanje

189 | 9. BIOLOŠKO I BIOLOŠKO-PSIHIJATRIJSKO (PSIHOLOŠKO) RAZUMEVANJE SUICIDA (GENETIKA I NEUROBIOLOGIJA)

193 | 10. FILOZOFSKA RAZUMEVANJA ČOVEKA, SMRTI, SMISLA ŽIVOTA I SAMOUBISTVA
195 | 10.1 Samoubistvo kao „ljudsko pravo“ i lični izbor

195 | 10.1.1 Fukoovo shvatanje samoubistva
196 | 10.1.2 Benatarovo razumevanje samoubistva
198 | 10.2 Samoubistvo nije „lično pravo“ i „dobra opcija“
199 | 10.2.1 Okrenuti „tragače za apsurdima“ ka životu
202 | 10.3 Egzistencijalistička filozofija o smislu življenja i samoubistvu i egzistencijalistička psihoterapija
204 | 10.3.1 Život je smislen do poslednjeg daha
205 | 10.3.2 Istraživanja efekata psihoterapija i socioterapija baziranih na „egzistencijalijama“

209 | 11. EUTANAZIJA: RAZLOZI „ZA“ I „PROTIV“ *PRAVA NA SMRT*: MEDICINSKI, PRAVNI, SOCIOLOŠKI I FILOZOFSKI ASPEKTI
211 | 11.1 Protiv eutanazije
215 | 11.2 Za eutanaziju
216 | 11.3 Stavovi prema eutanaziji

219 | 12. PREVENCIJA SUICIDA
220 | 12.1 Ekonomska procena programa prevencije suicida
221 | 12.2 Briga o mentalnom zdravlju i prevencija suicida u institucijama za mentalno zdravlje
224 | 12.3 Nacionalni programi, strategije i prevencija suicida
225 | 12.3.1 Strategije povezane sa smanjenjem dostupnosti i zabranom prodaje sredstava za izvršenje suicida
226 | 12.3.2 Programi u zajednici: obuke, obezbeđivanje „vrućih tačaka“, smanjenje dostupnosti oružja
228 | 12.4 Prevencija suicida među migrantima i etnički manjinskim grupama
229 | 12.5 Prevencija suicida u zatvorima
233 | 12.6 Preventivni programi suicida namenjeni adolescentima i mladima
235 | 12.7 Prevencija zloupotrebe i zavisnosti od alkohola kao prevencija suicida
237 | 12.8 Prevencija suicida u populaciji osoba sa invaliditetom i teškim hroničnim bolestima
238 | 12.9 Odgovorno izveštavanje u medijima i prevencija suicida

243 | 13. REZIME

247 | SUMMARY

253 | LITERATURA

Predgovor

Ova knjiga[1] je nastala na predlog studenata sociologije koji su 2009. godine slušali predmet Sociologija mentalnih poremećaja. Studenti su smatrali da im nedostaje novija literatura o bolestima zavisnosti, a posebno o samoubistvu, što je bio glavni razlog zbog kojeg sam odlučila da se bavim ovom temom i posvetim knjigu „prvoj generaciji mojih studenata".

Obično se kaže da se prva generacija kojoj predajete ne zaboravlja, ali tu generaciju ne pamtim samo zato što je prva nego zato što je bila aktivna, radoznala i veoma zainteresovana za predmet, koji nije nimalo lak i koji zahteva učenje različitih sociioloških, psihijatrijskih i psiholoških teorija o nastanku mentalnih poremećaja, o simptomima bolesti, posledicama... Na praktičnim vežbama, koje su bile organizovane u psihijatrijskoj bolnici „Dr Laza Lazarević", studenti su razgovarali sa uspešno lečenim zavisnicima od psihoaktivnih supstanci i klijentima koji su imali lakše i teže psihičke probleme. Bila sam iznenađena njihovom empatijom, postavljanjem jasnih i dobro odabranih pitanja, snažnom podrškom, deljenjem ličnih iskustava i iskrenošću, ali pre svega, dobronamernošću i ljudskošću, koju klijenti najčešće ne dobijaju u institucijama, kao ni u svom užem i širem socijalnom okruženju.

Primetila sam da među studentima sociologije ima veoma talentovanih za rad sa osobama koje imaju psihičke tegobe, ali je samo izuzetno mali broj njih uspeo da se zaposli u psihijatrijskim bolnicama ili institutima za mentalno zdravlje. U Srbiji se i dalje ne prepoznaju potrebe za radom kliničkih sociologa o kojima je još 2008. u knjizi *Psihijatrijska so-*

---

1 Studija je deo projekta koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije (broj 179035).

ciologija pisao Petar Opalić. Želeći da studentima omogućimo dodatno znanje za rad sa klijentima, a na predlog profesorke Milane Ljubičić, uvele smo i nove predmete na master studijama. Stoga, ostaje da verujemo da će se ovako loša praksa vremenom promeniti, posebno u 21. veku kada toliko govorimo o destigmatizaciji, socijalnoj inkluziji vulnerabilnih grupa, potrebi da se koriste politički korektni termini za osobe koje imaju psihičke tegobe, boljem i efikasnijem tretmanu, boljoj organizaciji psihijatrijskih institucija i multidisciplinarnim timovima.

Cilj ove studije je da osvetli fenomen samoubistva iz različitih diskursa, a potom da prikaže epidemiološke podatke i istraživačke nalaze o značajnim rizičnim i protektivnim faktorima koji dolaze iz društva, okruženja, porodice i ličnosti, i na kraju iznese predloge za prevenciju.

U prvom delu knjige, pored kratkog osvrta na istoriju razloga i stavova za i protiv samoubistva, socijalne reakcije i različitih praksi povezanih sa ovim činom, te religijskog shvatanja ovog fenomena, izložene su sociološke teorije o mogućim uzrocima samoubistva. U pitanju su shvatanja samoubistva kao svesne odluke i društvenog čina, socijalne devijacije i krivičnog dela, kao imitacije, potom kao čina koji može nastati zbog nemogućnosti ostvarenja kulturnih i ekonomskih potreba, zbog socijalnih problema i socijalnog konflikta i življenja u totalitarnom ili hiperpotrošačkom društvu.

Važne sociološke varijable kao što su demografski i socioekonomski faktori i njihova povezanost sa suicidom razmatraju se u drugom delu. Reč je o godinama starosti, polu i rodu, bračnom i radnom statusu, obrazovanju, zanimanju, življenju u urbanim i ruralnim sredinama. Potom sledi deo povezan sa prethodnim varijablama, ali koji uključuje, pored radnog statusa, uslove rada i zlostavljanje na radnom mestu (mobing).

U trećem delu, reč je o manjinskim i vulnerabilnim grupama i rizicima za suicidno ponašanje, i to kod: pripadnika etničkih manjina i imigranata, invalida, vojnika i ratnih veterana, LGBT(TIQ) populacije, zatvorenika i pritvorenika, viktimizivanih osoba, potom starijih osoba, dece i adolescenata (povezanost sa bulingom u školi) i osoba obolelih od teških somatskih (fizičkih) bolesti.

Potom sledi razmatranje uticaja medija na suicidno ponašanje, te razmena informacija o samoubistvu putem interneta kroz analizu sajtova koji mogu da podstaknu (promovišu i ohrabre) i spreče (*preventivnih*) samoubistvo, kao i diskusija korisnika na temu samoubistva putem društvenih mreža. Takođe se analizira izveštavanje o samoubistvu, a posebno samoubistvu poznatih ličnosti, u različitim medijima, što predstavlja jedan od najznačajnijih faktora imitacije. Odgovorno izveštavanje je od velikog značaja za podsticanje i sprečavanje ovog čina jer „nove medije“ u

najvećem broju koriste mladi, koji se smatraju vulnerabilnom grupom za suicidno ponašanje.

Sledeći deo knjige bavi se psihološkim teorijama o samoubistvu i nalazima iz istraživanja. U pitanju je više teorija u kojima se samoubistvo shvata kao „beg“ od psihološkog bola i kao reakcija na stres koja je prisutnija kod vulnerabilnih osoba. Potom se navodi teorija učenja (teorija socijalnog učenja) koja se u slučaju suicida povezuje sa imitacijom (učenjem po modelu). Dalje su predstavljene: kognitivno-bihevioralna teorija o povezanosti negativnih emocija sa iracionalnim mislima o događajima; interpersonalna psihološka teorija koja ukazuje na osujećenje pripadanja i percepciju opterećenja (drugih) kao uzrok suicida; i transakciona analiza. Posle navedenih teorija sledi deo o emocijama i crtama ličnosti (impulsivnost, agresivnost, ljutnja i bes, samoprezir, usamljenost i beznađe, narcizam) povezanim sa suicidnim ponašajem.

Psihijatrijsko razumevanje suicidnog ponašanja i istraživanja čine sledeći deo teksta studije. U ovom delu su predstavljena određena psihijatrijska oboljenja koja se najčešće povezuju sa suicidom, i to: depresija, bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija, posttraumatski stresni poremećaj. Takođe se navode i poremećaji ličnosti i zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci. Na kraju ovog dela ukazuje se i na biološko i biološko-psihijatrijsko razumevanje ovog fenomena.

Posle psihijatrijskog, sledi filozofsko razmatranje samoubistva. U pitanju je razumevanje čoveka, smisla života, smrti i samoubistva. Ukazuje se na samoubistvo kao pravo čoveka i *lični izbor* i na samoubistvo kao *lošu opciju* (pogrešan izbor). Egzistencijalistička filozofija, koja se odnosi na smisao življenja i egzistencijalistička psihoterapija, koja je izuzetno važna u radu sa osobama koje su pokušale suicid i imaju suicidne misli, čine sledeći deo. Franklovim razmatranjem samoubistva, uz poruku da je „život smislen do poslednjeg daha“, završava se ovaj deo i slede diskusije o eutanaziji.

U tekstu o eutanaziji diskutuje se o filozofskim, medicinskim, sociološkim i pravnim aspektima ove pojave, vrstama eutanazije, te se navode istraživanja stavova u različitim kulturnim i društvenim kontekstima.

Studija se završava tekstom o prevenciji samoubistva, nacionalnim programima i posebnim programima i strategijama koji se primenjuju u određenom socijalnom kontekstu i namenjeni su određenim delovima vulnerabilnije populacije (adolescenti, invalidi, osobe s teškim fizičkim oboljenjem, zatvorenici), kao i preporukama za odgovorno izveštavanje u medijima.

U Beogradu, 2. 10. 2018. Slađana Dragišić Labaš

Uvod

Fenomen sucida razmatran je kroz istoriju iz različitih perspektiva i specifičnih konteksta, dok „suicid" kao koncept postaje relevantan tek u 19. veku. Iako se ne može govoriti o opšteprihvaćenoj definiciji suicida, izdvajaju se mnogobrojni faktori koji su generalno smatrani značajnim.

Tako je u *Enciklopediji o socijalnim problemima* istaknut značaj rizičnih i protektivnih faktora. U rizične faktore se ubrajaju individualni, porodični i faktori iz okruženja. U individualne spadaju: rod, genetska vulnerabilnost, hronične fizičke bolesti i slabe veštine izlaženja na kraj sa problemima. Pod porodičnim se podrazumevaju: ozbiljne bračne nesuglasice, zlostavljanje i zanemarivanje, samoubistvo člana porodice. Psihijatrijski faktori su: depresija, zloupotreba i zavisnost od PAS, ograničen pristup uslugama u institucijama za mentalno zdravlje. Faktori sredine rizični za suicid su: nasilje, siromaštvo, rasizam, nedostatak socijalne podrške i dostupnost oružja. Protektivni faktori uključuju porodičnu rezilijentnost, kulturna i religijska verovanja koja odvraćaju od suicida, a podržavaju opstanak (samoodržanje), kulturno-senzitivne programe koji osnažuju porodične veze, grupno-duhovnu orijentaciju i specijalne programe za lečenje psihičkih poremećaja i bolesti zavisnosti (Parrillo, 2008: 913–914).

Definicija Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje Centra za prevenciju suicida u SAD, izmenjena i dopunjena nalazima istraživanja (National Institute of Mental Health Center for the Studies of Suicid Prevention 1972–1973. prema Goldsmith et al. 2002: 27), glasi da je samoubistvo (fatalni) samodestruktivni čin koji dovodi do smrtnog ishoda, a opis uključuje – način, mesto, nameru, dijagnozu i demografske podatke. Pokušaj samoubistva je nefatalni samodestruktivni čin sa eksplicitnom namerom smrtnog ishoda. Važno je uključiti učestalost pokušaja, kao i poslednji pokušaj suicida, percepciju osobe o korišćenom metodu i verovatnoću da

ovakav način dovede do smrtnog ishoda (upotreba velikih doza medikamenta ili ozbiljnija povreda...), dijagnozu i demografske karakteristike.

Samoubistvo se povezuje sa različitim vrstama ponašanja, koja su klasifikovana u četiri kategorije, a to su: suicidne ideje; plan samoubistva (koji se odnosi na osmišljavanje specifičnog načina završetka života); samoubilački gestovi, npr. samopovređivanje bez namere da se umre; pokušaj samoubistva sa namerom da se takav čin završi smrtnim ishodom (Davison, Blankstein et al. 2008. prema Teo et al. 2016: 330).

Postoji obimna literatura o samoubistvu, ali se retko nailazi na modele suicida zato što je teško opisati ovako kompleksan fenomen. Jedan od modela ukazuje na postojanje 4 načina razumevanja suicida. U pitanju su: 1. naučni (deterministički) pogled – samoubistvo je uzrokovano faktorima koji su izvan kontrole pojedinca; 2. „vapaj za pomoć" – osobe koje ne žele da umru već traže pomoć za rešenje problema; 3. sociogenetsko razumevanje samoubistva kao čina na koji utiču društvene snage (Dirkemova teorija o samoubistvu); 4. model stres-dijateze – novija teorija koju zastupaju Man (Mann), Voterno (Waternaux), Hes (Haas), Meloun (Malone) (1999), kojom može da se procenjuje rizik za suicid kod ljudi koji pate od bolesti, kako psihijatrijskih tako i somatskih (Pompili, 2012: 12).

Pošto nam je odnos između čoveka i društva bio važan, bavili smo se ispitivanjem uticaja društvenih varijabli, koje su se pokazale značajnim i snažnim faktorima rizika za suicid. Još je Dirkem ukazivao da biološkim konceptima nije moguće objasniti ljudsko ponašanje, te da se ponašanje može razumeti putem objašnjenja onih njegovih osobina koje su socijalne (uloge, norme, status). Po njegovom shvatanju, ponašanje pojedinca je u velikoj meri određeno društvenim poretkom. Dirkem je ukazivao na pritisak društva (delovanja snaga koje se nalaze van individue) na čoveka i razumeo samoubistvo kao društveni čin, a ne greh i društveni prestup. Tako su se sociološke studije bavile istraživanjem i tumačenjem razlika u stopama suicida korišćenjem statističkih baza podataka, ali i ispitivanjem stavova, uticajem socijalne reakcije na samoubistvo, socijalnom izolovanošću vulnerabilnih grupa, nedostupnošću određenih institucija, sociodemografskim karakteristikama i samoubistvom, uticajem medija na suicidno ponašanje... U velikom broju istraživanja potvrđeno je da je samoubistvo odraz društvenih uslova. Iako se visoka zastupljenost samoubistva u društvima smatra socijalnim problemom, stopa suicida, kako kaže Špadijer-Džinić (1988: 112–123), i jeste povećana u okruženju u kome je zastupljenost socijalnih problema veća.

Danas se u sociološkim istraživanjima, i dalje aktuelna, Dirkemova teorija dopunjava uključivanjem drugih važnih faktora za suicid, kao što su alkoholizam i zavisnost od drugih PAS, mentalne bolesti i imitacija.

Sociološke teorije o samoubistvu šire fokus od individue ka društvu i socijalnim faktorima, dok psihološkim teorijama produbljujemo saznanje o samoubistvu kao individualnom činu. Neke psihološke teorije su bliže sociološkom diskursu, kao što su: teorija o odnosu sa socijalnom mrežom, koja ukazuje na važnost prekida bliskih socijalnih kontakata, doživljaj otuđenosti, limitiranu socijalnu podršku ili nepostojanje socijalne podrške i osećanje da osoba predstavlja teret za ljude oko sebe ili celu zajednicu; potom teorija o samoubistvu kao begu od frustracija, u kojoj se navodi da se psihološki bol, uslovljen deprivacijom vitalnih potreba, pojačava spoljnim i unutrašnjim pritiscima i promenama; kao i teorija učenja i teorija o stresu i vulnerabilnosti, posebno ukoliko se stres povezuje sa, na primer, sukobom različitih kulturnih i religijskih normi i verovanja.

Za sociologe su posebno važna novija psihološka istraživanja koja, recimo, komplikovanu tugu povezuju sa sociodemografskim i kulturnim faktorima, i istraživanja koja ukazuju na značaj tranzicije uloga koje dovode do značajnih promena. U psihološkim teorijama je zastupljeno mišljenje da osobe koje počine suicid imaju određene predispozicije za takvo ponašanje uslovljene lošom psihosocijalnom podrškom u detinjstvu, genetskom predispozicijom, crtama ličnosti, kao i ranim traumama, te drugim faktorima, dok se stresori iz društva razumeju kao pojačivači tih predispozicija. Zato je za psihološke teorije važno Dirkemovo shvatanje da društveni procesi mogu da stvore stresne situacije u kojima su ljudi primorani da odgovore na uslove koje nisu izabrali.

Kretanje analize od društva ka pojedincu i obrnuto neophodno je u razumevanju fenomena samoubistva, dok između njih posreduju psihijatrijske teorije, koje nam opisuju osobe sa narušenim mentalnim zdravljem i povezanost psihičkih problema sa suicidom.

U ranijim psihijatrijskim studijama isticao se značaj povezanosti individualnih (unutrašnjih) faktora (depresivnosti, anksioznosti, agresivnosti, niske tolerancije na frustraciju) sa suicidom (Tadić, 1973. prema Opalić, 1990: 154), uz zapostavljanje uticaja društvenih faktora (spoljašnjih) i svesnosti pri vršenju ovog čina. Vremenom, posebno u socijalnoj psihijatriji, ova povezanost je dobila značajnije mesto. Depresija, bipolarni afektivni poremećaj i shizofrenija se češće povezuju sa suicidom, kao i alkoholizam i zavisnost od drugih supstanci, posttraumatski stresni poremećaj i poremećaj ličnosti. Psihijatri sada više uvažavaju značaj društvenog i socijalnog konteksta, te se tako navodi da je zbog prolongiranog stresa u Srbiji, od 1990-ih nadalje, povećan broj mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (Lečić Toševski et al. 2015), kao i da je u periodu 1991–2000. (vreme rata i ekonomske krize) povećan broj psihičkih poremećaja i sui-

cidnog ponašanja među adolescentima (Ćurčić, 2001. prema Dragišić Labaš, 2012).

Takođe, i biološko-psihijatrijska razmatranja samoubistva ukazuju da je psihosocijalni stres najsnažniji pokretač depresivnih epizoda, dok fiziološki pokazatelji potvrđuju neurobiološke i neuroendokrine promene povezane sa hroničnim stresom i depresijom. Dakle, narušeno mentalno zdravlje je uvek uzrokovano faktorima koji dolaze iz porodice, socijalne sredine i društva. I pored kritika upućenih Dirkemovom shvatanju samoubistva, i dalje treba razmatrati samoubistvo kao čin koji predstavlja nešto više od individualnih motiva i okolnosti, te povezanost oduzimanja života sa pritiskom društva, a posebno da smisao i stabilnost, koje društvo obezbeđuje pojedincu, može da se menja, slabi ili nestane.

Zato se samoubistvo razmatra iz različitih diskursa, te je ono društvena pojava na koju utiču društveni procesi (Radulović, 1990: 7), individualni čin koji se može razumeti samo ukoliko se poznaje biografija čoveka koji je počinio suicid, njegovi odnosi sa drugima, osećanja, misli i postupci (Opalić, 1990: 133). Samoubistvo je „zagonetan i čovečanski čin" (Milovanović, 1929: 1). Takođe je najpre psihološko, a potom moralno, pravno i filozofsko pitanje (Opalić, 1990: 136). Samoubistvo je projekcija negativnih emocija *okrenutih od spolja ka unutra* (Colson, 1973. prema Opalić, 1990: 133) i povezano je sa gubitkom smisla življenja ili egzistencijalnim vakuumom (Frankl, 2000). Samoubistvo je rezultat *borbe* sa samim sobom, drugim ljudima, prirodom, mogućnostima da se iskusi dobrobit i poštuje ono što nas okružuje (Pompili, 2012: 11). Samoubistvo je jedan od najvažnijih pokazatelja mentalnog zdravlja (Lečić Toševski et al. 2015: 25). Svako istraživanje samoubistva mora da se veže za „društveni i demografski okvir u kome se dešava" (Petrović, 1990: 81). Značajna je analiza statističkih podataka o samoubistvu, ali statistika može da bude „nož sa dve oštrice – jednom seče, drugom preseče", kako je to davne 1929. rekao Milovanović (1929: 23), jer su moguće statističke greške – netačnost definicije, mali uzorci, necelishodno skupljanje podataka.

Stoga, u cilju dubljeg razumevanja i interdisciplinarnog pristupa suicidu, ova knjiga teži da osvetli različite teorijske perspektive pored sociološke, i to psihološku, psihijatrijsku, filozofsku, ali i feminističke i kvir teorije, bioetička razmatranja itd. Iz ovog okvira, svaka od navedenih disciplina na neki način istovremeno predstavlja i „teorije" faktora. S obzirom da je pristup rada fokusiran na suicid kao, pre svega, društveni problem, faktori i modeli prevencije biće važan deo razmatranja.

1. Samoubistvo: kratak istorijski prikaz

Samoubistvo je kroz istoriju izazivalo strah, predrasude, sujeverje i osudu, te su zato tela samoubica najsurovije kažnjavana. Pošto je samoubistvo bilo izjednačeno sa ubistvom, osoba koja je izvršila suicid smatrana je teškim zločincem. Alvarez (1975: 20) navodi da je „istorijat samoubistva u Evropi istorijat zvanične osude i nezvaničnog očaja". Tako su u kodekse krivičnog prava unete odredbe koje su se odnosile na svirepe postupke degradacije tela samoubica, bacanje prokletstva na njihovo ime, kao i oduzimanje titula i imovine članovima njihovih porodica. Sve do upotrebe termina suicid (1651. godine), ranije korišćeni temini, kao što su: *samo--uništenje; samo-ubistvo; samo-klanje; samo-krvoproliće*, u stvari su asocirali na ubistvo (Minoa, 2008: 375). S druge strane, samoubistvo je posmatrano i kao plemenit čin koji je vredan divljenja, potom kao svesna odluka i procena da li vredi živeti, osećanje unutrašnje prinude za samoubistvom, dozvoljen čin ukoliko za njega postoje *dobri* razlozi, ali u nekim slučajevima odobravanje samo ukoliko samoubica pripada plemstvu. Samoubistvo među elitom iz *plemenitih razloga* (čast, dugovi, ljubav) tolerisano je jer nije narušavalo društveni poredak. Znači, dobrovoljna smrt bila je i klasni fenomen.

Stari Grci su oduzimali sebi život samo ukoliko su postojali „najbolji mogući razlozi" za taj čin. Prema politeističkom sistemu verovanja, ljude su stvorili bogovi, te su ljudska bića dužna da im služe i odaju posebne počasti. Stoga, samoubistvo znači prekid služenja bogovima i predstavlja pobunu protiv njih. Neodobravanje samoubistva dovodilo je do različitog kažnjavanja tela samoubica, npr. odsecali su samoubici ruku i spaljivali

ga van grada, što dalje od drugih grobova u Atini. Sličan odnos bio je prisutan i u Sparti, u Tebi i na Kipru. Pitagora je smatrao da svet može da održava samo određen broj duša u jednom vremenskom periodu, te da je ovaj balans kontrolisan od strane prirodnog poretka. Kada jedan broj ljudi izvrši suicid ovo prirodno stanje reda se remeti i može da postane opasnost za univerzum (Holmes, Holmes, 2006: 17; Alvarez, 1975).

U starom Rimu neka samoubistva su bila veličana, a neka osuđivana. Prema Justinijanovom Zakoniku, samoubistvo privatnog građanina bilo je dozvoljeno samo ukoliko je za taj akt postojao razuman razlog. Postojalo je nekoliko vrsta samoubistava posle kojih se nije konfiskovala imovina, a to su: samoubistvo zbog gađenja prema životu; nakon smrti sina; ludila; zaostalog uma; bolesti i bolova; izbegavanja sramote; finansijske propasti. Samoubistvo iz drugih razloga smatrano je iracionalnim. Međutim, rob i vojnik nisu imali pravo da izvrše suicid i takav se čin tretirao kao zločin, jer je rob vlasništvo gospodara, a vojnik države. Samoubistvo je shvaćeno i kao razuman izbor i brižljivo analizirano vrednovanje života, ali samo za plemiće. Živeti plemićki značilo je i umreti plemićki.

Samoubistvo u starom Rimu češće je dozvoljavano pripadnicima aristokratije nego pripadnicima nižih klasa, ali su se i načini njihovih samoubistava razlikovali. Ljudi iz nižih klasa su ga izvršavali vešanjem ili davljenjem, dok iz viših, a među njima politički i vojni lideri, trovanjem i upotrebom hladnog oružja. Julije Cezar (Gaius Iulius Caesar, 100–44) je samoubistva pobeđenih neprijatelja shvatao kao kukavički čin, dok su samoubistva vojnih lidera, kada je poraz bio neizbežan, shvatana kao dostojanstvena i tela su sahranjivana uz počasti. Ukoliko bi vojnik trebalo da bude pogubljen od strane neprijatelja – pobednika, samoubistvo je bilo poželjno i porodici nije oduzimana imovina (Minoa, 2008; Alvarez, 1975; Holmes, Holmes, 2006).

Za Cicerona (Cicero, 106–43) je samoubistvo bilo neki *srednji postupak*, znači ni dobar ni loš, a zavisio je od motiva. U spisima istoričara nalaze se različiti *odobreni* motivi za samoubistvo žena i muškaraca.[2] Žene se mogu ubiti posle muževljeve smrti i posle silovanja, a muškarci kada žele da pobegnu od neprijatelja, beščašća, sramne presude i staračke slabosti. Osim toga, žene koje su počinile suicid kao motiv da to urade i njihovi bolesni muževi izazivale su divljenje. Živeti u nemoći duboke starosti predstavljalo je za Seneku (Seneca, 4–65) vrhunac gluposti. Zato su kod stoika stari koji su trpeli bolove i izvršili suicid bili primer za divljenje zbog „plemenitosti njihovih duša". Ipak je starijim, bogatim građanima koji pate od teške bolesti samoubistvo bilo *dozvoljenije* (Minoa, 2008; Alvarez, 1975; Holmes, Holmes, 2006).

2 Senekina žena je izvršila suicid posle njegove smrti (Holmes, Holmes, 2006: 20).

Sa slabljenjem uticaja stoicizma u rimskom zakonodavstvu, odnos prema samoubistvu se menja i zakon postaje sve stroži. Država pojačava kontrolu nad pravom na slobodnu smrt, a razlog je pre svega materijalni. Samoubistvo u rimskom pravu postalo je „napad na državnu blagajnu".

Za prve hrišćane, život na zemlji, koji je shvaćen kao dolina iskušenja, plača i greha, bio je nevažan u poređenju sa rajem. Zato zagrobni život omogućava življenje u savršenoj sreći i harmoniji sa bogom. Mučeništvo je predstavljalo garanciju za odlazak u raj, a samoubistvo je bilo dozvoljeno radi izbegavanja greha. To je bilo doba „izazivanja mučeništva" i smrti. Upravo ovakvo hrišćansko učenje uticalo je na povećanje broja samoubistava. Zbog takvog odnosa prema smrti, Sveti Avgustin (Augustinus, 354–430) prvi je izneo stav protiv samoubistva kao „proklete i odvratne slabosti" i da je život dar dobijen od boga, a njegovo odbacivanje jeste odbacivanje božjeg poklona. Samoubistvo je izjednačeno sa ubistvom navođenjem da samoubica krši šestu božiju zapovest – „Ne ubij!". Znači, samoubistvo je najveći greh, a samoubica je najveći grešnik, koji će provesti večnost u vatri pakla (Minoa, 2008; Alvarez, 1975; Holmes, Holmes, 2006).

Samoubicama je 562. godine uskraćen pogrebni obred, a 693. su ekskomunicirani iz crkve svi koji su pokušali suicid. Toma Akvinski (Tommaso d'Aquino, 1225–1274) shvata samoubistvo kao smrtni greh prema bogu (koji je čoveku dao život), milosti i pravdi (odgovornosti prema zajednici). Tako je apsolutna zabrana samoubistva integrisana u osnovnu strukturu hrišćanske misli[3] (Minoa, 2008; Alvarez, 1975; Holmes, Holmes, 2006).

U Kanonskom pravu iz 12. veka stoji da svako ko je zdravog razuma izvršio samoubistvo ne sme biti sahranjen uz crkveni obred. Svetovno pravo bilo je izjednačeno sa sujeverjem da se samoubica vraća i uznemirava žive, pa su se stoga praktikovala različita kažnjavanja tela.[4] U srednjem veku su se, prema istraživanjima, više ubijali muškarci nego žene, i to uglavnom vešanjem. Samoubistvo se u to doba isključivo vezivalo za

3 Kada su hrišćani uspostavili kontrolu nad Rimom i delom Zapadnog sveta, stavovi prema samoubistvu su bitno promenjeni, tako da je već od 4. veka samoubistvo bilo zabranjeno.

4 U Francuskoj su u 13. veku leševe samoubica vukli konji, a potom su ženski leš spaljivali, a muški obesili. U 14. veku slično se postupa sa telima samoubica i oduzima im se imovina. Takođe se tela iznose iz kuće, kroz rupu iskopanu ispod praga, a potom stavljaju u burad i puštaju niz reku. U Nemačkoj se tela obese za noge i ostavljaju da istrunu. U Švajcarskoj su se, zavisno od vrste samoubistva, primenjivala različita kažnjavanja tela. Ukoliko se osoba ubila nožem, njoj se drveni klin zabijao u lobanju, ako je smrt nastala padom, sahranjivala se ispod planine sa kamenjem na glavi, ako se utopila sahranjivala se u pesku blizu vode. U Engleskoj su se sahranjivali ispod puta i oduzimana im je imovina, a bilo je zabranjeno sahranjivanje samoubica uz hrišćanski obred, dok je od 13. veka počela konfiskacija imovine, ali ne i onima koji nisu bili „zdravog razuma".

ludilo (melanholija, mahnitost, nekad i izazvano alkoholom) jer nije bilo drugog opravdanja za oduzimanje života. U 16. veku postoje zapisi da je *ludak mrtav za sebe i svet* (Alvarez, 1975; Minoa, 2008).

U doba renesanse sve su prisutnija samoubistva iz časti. U to vreme raste individualizam, kulturna i materijalna nesigurnost, preispituju se sve vrednosti, počinju verski sukobi i u takvoj klimi ponovo se rađa mistika dobrovoljnog mučeništva. Ipak, samoubistvo se i dalje osuđuje, a ludilo koristi radi sprečavanja konfiskacije imovine i mučenja tela.

Krajem 16. veka u sekularnom pravu ublažavaju se zakoni o konfiskaciji imovine da bi se sprečilo da naslednici žive u siromaštvu. U 17. veku broj samoubistava se povećava u vreme kuge i u doba loše žetve. Samoubicama su smatrani i poginuli u dvoboju jer je ovo bio elegantniji i plemenitiji način da se ubiju. U ovom periodu (1620–1720) javlja se i tzv. engleska bolest, kada počinje talas samoubistava poznatih, aristokrata, ali i „običnih ljudi". Ova se pojava objašnjava razvojem ateizma i filozofskog duha, ali utisku o povećanom broju doprinose i statistika i članci u novinama. Sve je više traktata u kojima se opravdava samoubistvo, a posebno tolerantnost prema samoubistvu kao čisto ljudskom postupku, pokazuju intelektualci i negoduju zbog osuđivanja samoubice (Minoa, 2008).

U 18. veku u objašnjenju samoubistva dominira medicinski model. Suicid se sve češće povezuje sa lošim fiziološkim funkcijama i ludilom, tako da je samoubica smatran žrtvom sopstvene fiziologije. Melanholik je zbog napetosti vlakana u mozgu ili poremećenog proticanja krvi i sokova skloniji suicidu. Na tečne elemente u ljudskom telu, koji dovode do melanholije, utiču preterana pobožnost i preterano učenje i razmišljanje. Od tri melanholična stanja do samoubistva dovode dva – manično bunilo i hipohondrija. Hipohondrija i histerija su najčešće povezivani sa suicidom. Ovakvo shvatanje uzroka suicida doprinelo je procesu dekriminalizacije samoubistva (Isto, 2008).

U 19. veku razvoj statistike omogućio je preciznije prikupljanje podataka o suicidu, nego u ranijim periodima.[5] Tako je utvrđeno da je u Engleskoj stopa niža od evropskog proseka, što je razotkrilo i mit o „engleskoj bolesti". Samoubistvo se u naučnim radovima posmatralo u kontekstu slabljenja religije, tradicionalnih veza, ekonomskih kretanja, siromaštva radnika, emancipacije, ali sada izolovanijeg pojedinca. Šopenhauer (Schopenhauer, 1788–1860) je verovao da ljudi ne vrše suicid zato što to žele već zato što ne mogu da žive u lošim uslovima, dok je Niče (Nietzsche, 1844–1900) smatrao da čovek ima pravo da se ubije (Holmes, Holmes, 2006: 25). Psihijatrija zastupa model povezanosti mentalnih bolesti sa

5 Stopa suicida se 1850. kretala od 3,1 u Italiji do 25,9 u Danskoj (Minoa, 2008: 362).

samoubistvom. Ipak, novi Zakonik kanonskog prava iz 1917. zabranjuje propisnu sahranu samoubici, osim ako je bolovao od mentalne bolesti.

Od 19. veka samoubistvo više nije moralni i individualni već društveni i lični problem (Alvarez, 1975). Tako se vremenom ukidaju zatvorske kazne i dozvoljava sahranjivanje samoubica. Nažalost, sve do 1961, osobe koje su pokušale suicid u Engleskoj bile su kažnjavane zatvorskom kaznom. Danas, kako to kaže Minoa (2008: 373), „čelnici ćute o problemu samoubistva".

2. Religijsko shvatanje samoubistva i ispitivanje stavova prema samoubistvu u 20. i 21. veku

Većina savremenih religija ne odobrava samoubistvo, ali se ipak ovaj čin *različito osuđuje*. Osuda se kreće od „umerene" do „teške". Tako katolička crkva smatra da je život božji dar, a samoubistvo odbacivanje najvažnijeg ljudskog ideala – očuvanja života. Samoubistvo se u pravoslavlju razume kao oduzimanje života samome sebi, a najčešće iz sledećih razloga: „bezizlaznog položaja, emotivnog udara, pomračenja svesti, potpune duhovne dezorijentisanosti i težnje za herojskim činom". Stari zavet ne odobrava samoubistvo, ali nije eksplicitno protiv njega, dok sličan stav ima i Novi zavet.[6] Tako je samoubistvo Jude Iskariotskog (Judas Iscariot, ?–33)

6 Drugačije mišljenje iznosi Svešt. F. Ornatski (2001: 14–25, 32, 41) navodeći da se greh samoubistva ne osuđuje direktno, jer se i ne pominje u Svetom pismu. Smatra se da je samoubistvo protivprirodan i strašan greh koji samom Bogu oduzima prava i stoga je nemoguć i neverovatan. Božja zapovest „ne ubij" znači zabranu ubistva bilo kog čoveka (drugog ili sebe). Ubijajući sebe, čovek uzurpira božanska prava jer Bog daje život čoveku. U Svetom pismu Novog zaveta, Isus Hrist, uz reči iz Starog zaveta „ne ubij", dodaje „nemoj ni ponižavati samoga sebe gnevom, nemoj vređati bližnjeg svog rečju..." i „ljubi bližnjega svoga kao samog sebe". Dakle, čovek na ovaj način treba da se odnosi i prema sebi. Ako je protivzakonito ubiti bližnjega, onda je protivzakonito ubiti samoga sebe „zbog neizdrživih teškoća u životu, zbog siromaštva, porodične

tumačeno kao ispravan moralni čin. Propagiranje večnog nebeskog mira od strane crkve moglo je da utiče na lakše donošenje odluke o odlasku sa ovog sveta. S druge strane, u kasnijim spisima samoubistvo je osuđivano i samoubice su sahranjivane van grobalja sve do kraja 19. veka (Kalezić, 2002: 1671).

U protestantskoj veri stav prema samoubistvu zavisi od sveštenika, pa ukoliko je tolerantniji, takav zastupaju i članovi verske zajednice. Prezbiterijanci ne odobravaju samoubistvo, ali ga ipak stavljaju u kontekst situacija u kojima se osoba nalazila. Budisti takođe ne odobravaju suicid, smatraju da život može da se menja i ohrabruju ljude da prave nove izbore. U islamu je samoubistvo težak greh i *okretanje leđa Alahu*, koji je stvoritelj i davalac života, stoga samo on može da ga okonča. Međutim, porodica i drugi ljudi mogu da se mole za oproštaj greha samoubici (Holmes, Holmes, 2006: 23). U savremenom islamu samoubistvo se razlikuje od mučeništva, koje je dozvoljeno i podsticano kao poželjan i častan način okončanja života. U judaizmu je samoubistvo zabranjeno, kao i bilo koja vrsta samopovređivanja. Očuvanje života je dužnost i obaveza jevrejske doktrine, čak se ponekad više osuđuje samoubica od ubice, jer drugi još ima mogućnost da se pokaje (Kaplan et al. 2012: 446–447).

U literaturi se ističe da su negativni stavovi prema samoubistvu i religioznost važni protektivni faktori za suicid. Istraživanja smatraju povezanost između stavova prema samoubistvu, religioznosti, suicidnog ponašanja i istorije ranijeg suicidnog ponašanja (samopovređivanje, pokušaji suicida, suicidne misli) značajnim za prevenciju samoubistva. Danas se objašnjenje pozitivne i preventivne uloge religije za samoubistvo, prema mišljenju većeg broja autora, nalazi u tri teorije: u religijskoj integraciji – regulaciji (Dirkem), odanosti veri ili teoriji religijske posvećenosti, i u teoriji religijske socijalne mreže (Kaplan et al. 2012: 448).

Prema Dirkemovom shvatanju, religija ima zaštitnu funkciju za samoubistvo, jer verske organizacije, uz druge, obezbeđuju socijalnu koheziju. U svom istraživanju nalazi da je uključenost u verske zajednice obrnuto srazmerna riziku od samoubistva. Pojedinac, poštujući religijske

---

nesreće, društvene sramote". Međutim, autor navodi da dobrovoljni odlazak u smrt nije protivzakonit samo ako je u pitanju dobrovoljno mučeništvo i smrt za spasenje bližnjih – samopožrtvovanje, kao što je Isus Hrist krenuo u smrt da bi spasao ljude. Hrišćani su bili „spremni da idu u vatru, u lavlje čeljusti, pod oštricu mača... ali nisu sami sebi oduzimali život. Stoga je samoubistvo niski kukavičluk i bekstvo s bojnog polja... i veći greh čak i od ubistva drugog čoveka. U samoubicama se prepoznaju neverujući ljudi i tvrdokorni egoisti prezasićeni materijalnim bogatstvima ili očajni zbog njihovog neposedovanja..." „Ako čovek odbacuje Boga u ime razuma koji se gordi zbog svojih uspeha, onda on nehotice odbacuje i ljubav kao rukovodeće načelo u životu, pa se pretvara u hladnog, tvrdokornog, praktičnog ili razvratnog egoistu."

ceremonije i usvajajući religijska uverenja, podređuje lične potrebe (kao i samodestruktivne tendencije) verskim i grupnim ciljevima. Dirkem, poredeći statističke podatke o samoubistvu u različitim zemljama, ukazuje na veće stope suicida među manje verski integrisanim zajednicama (među protestantima više nego među katolicima), kao i među manje politički integrisanim društvima, te u mirnodopsko vreme rastu stope samoubistva. Veće stope suicida među protestantima u odnosu na katolike (iako samoubistvo nije dozvoljeno u obe religije), Dirkem objašnjava manjim brojem verovanja, verskih praksi i manjom dogmatičnošću kod protestanata. Protestantizam je izgubio kontrolu nad vernicima zbog zalaganja za modernizaciju, što je uzrokovalo porast individualizma i egoističkih samoubistava (Holmes, Holmes, 2006: 32; Kaplan et al. 2012: 448; Radulović, 1997: 23). Dirkem (1997: 169) navodi da se razlika između samoubistava među protestantima i svih drugih religija kreće od 30% do 300%. Suprotno od protestantizma, jevrejska religija predstavlja primer najsnažnijeg zaštitnog faktora, dok je katoličanstvo protektivnu funkciju za ovaj čin ostvarivalo kroz instituciju ispovesti, strogim zabranama samoubistva i kontrolom celokupnog života zajednice.

Tako Dirkem (1997: 167–173) smatra da je dejstvo religije veoma moćno i da „nadvisuje sva ostala". Analizirajući delove Švajcarske, države sa različitom veroispovešću, zaključuje da „katolički kantoni daju četiri do pet puta manje samoubistava od protestantskih kantona, ma kakva bila njihova narodnost". Za razliku od protestantizma, „katolička misao se užasava svake promene". Razliku u stopama suicida između protestanata i katolika objašnjava znatno većom slobodom protestanta, koji je tvorac svoje vere, koji može da ispituje religijska načela i kome nikakvo tumačenje nije nametnuto. I „sveštenik i vernik zavise od sebe i svoje savesti", a protestantsko sveštenstvo ima hijerarhiju samo u Engleskoj. Sve navedeno podstiče religiozni individualizam. Ipak, duh slobodnog ispitivanja religije koji „pokreće celu protestantsku religiju", u stvari je posledica slabljenja tradicionalnih verovanja i manjeg broja zajedničkih verovanja i obreda. Protestantska crkva je, prema svim navedenim podacima, manje integrisana od katoličke. Dirkem ističe da „religiozno društvo ne postoji bez kolektivnog verovanja" i ukoliko je „verovanje šire društvo je jedinstvenije i jače". Primer je Engleska, u kojoj vladaju snažne tradicionalne norme i sankcionišu se verski propisi, a sveštenstvo je, kao što je već navedeno, hijerarhizovano i ima veći broj sveštenika u odnosu na druge protestantske zemlje.

Nisku stopu samoubistva među Jevrejima, Dirkem objašnjava nekim faktorima kao što su – malobrojnost Jevreja u mnogim zemljama, verska netrpeljivost prema njima u raznim društvima i iz tog proistekla neop-

hodnost održavanja snažnog morala. To je uticalo da se „Jevreji zbiju jedni uz druge". Ipak je, i pored značaja drugih faktora, jevrejska religija, sa skupom obreda koji do najsitnijih detalja određuju život pojedinaca i sa malo mogućnosti za ispitivanje, najprotektivniji faktor za suicid (Dirkem, 1997: 175–176).

Smanjivanje suicidnog rizika, prema teoriji religijske posvećenosti, podrazumeva nekoliko ključnih verovanja. U pitanju su: život posle života na zemlji; nagrađivanje ljudi, koji su živeli u siromaštvu i patnji, na *drugom svetu*; verovanje da molitve imaju moć, posebno u borbi protiv Satane, koji je neprijatelj svih. Najvažniji je sadržaj verovanja, koji podrazumeva verovanje u sve navedene elemente, te tako povećava samopouzdanje i deluje preventivno (Stack, 1983; Stark et al. 1983; Pescosolido, Georgianna, 1990; prema Kaplan et al. 2012: 449).

Berđajev (2002) ukazuje na važnost religijskih osećanja i povezanost sa Bogom (odanost veri) kao jedinim načinima da se savlada spoljna usamljenost i spreči samoubistvo.[7] Samoubistvo shvata kao negiranje tri najveće hrišćanske vrline – vere, nade i ljubavi, koje s druge strane mogu da pobede raspoloženja koja vode u suicid. Samoubica je opisan kao egocentrična[8] osoba, zatvorena u samu sebe, koja ima lažan i grešan odnos i prema životu i prema smrti, ne vidi i ne oseća Boga. U stvari, on negira Boga stavljajući samog sebe na njegovo mesto. U životu postoji niz teških trenutaka, ali se „ličnost kuje u patnji", a samoubica zbog straha od patnje želi da se vrati unazad, umesto da bude slobodno biće koje raste u svesti, a ka nadsvesti. Iako samoubice ponekad pokazuju hrabrost pri vršenju ovog čina, ta hrabrost je samo prividna i iza nje se krije strah od života. Ispravno je da čovek voli sebe, ali ne egocentrično, već kao božju tvorevinu. To znači da život čoveka nije samo njegov već božji, drugih ljudi, društva i čitavog sveta kome je potreban.[9]

Berđajev shvata samoubistvo kao izraz malodušnosti, nemogućnost da se izdrže iskušenja, nasilje i nad životom i nad smrću. Bez obzira na različite motive za samoubistvo (gubitak časti, beznadežna bolest, strah od patnji, nesrećne ljubavi ili iz estetskih razloga – da se umre mlad i izazovu

---

7 Samoubilačko ponašanje nije samo individualni fenomen već ono utiče na druge ljude, tako da samoubica može da „seje smrt" (Berđajev, 2002: 6).

8 Neka samoubistva iz ranijih perioda, kao što su samoubistva žena posle smrti muža ili roba zbog smrti gospodara, autor ne smatra egocentričnim. Egocentričnost se vezuje za savremenu psihologiju samoubistva.

9 Stanovište da je čovek gospodar sopstvene duše i tela je ateističko. Ukoliko čovek postavi samoga sebe iznad svega, život postaje potpuno ravan, i tada je moguće samoubistvo od tuge. Čoveku su „potrebne planine" da bi dobio smisao života. Potrebno je da shvati nadlični sadržaj života u sebi, svest o pripadnosti velikoj celini – crkvi, državi, velikim vrednostima... (Berđajev, 2002).

simpatije drugih), uvek iza njega stoji gubitak nade i očajanje. U suštini, teško je ubiti se i za taj čin je potrebna bezumna odlučnost, ali to upravo znači da je samoubica opsednut tamom i da je izgubio slobodu. Gore je osećati uvređenost na život, druge ljude i Boga, nego krivicu, jer nju osećaju odgovorna bića. Samoubistvo je suprotno od hrišćanstva. Ono je izdaja Hrista i odbacivanje krsta.[10]

Autor smatra smrt velikom tajnom, isto kao i rođenje. Smrt jeste poslednje i najveće zlo, ali ona predstavlja i iskupljenje, kroz nju se ide ka vaskrsenju u novi život, za razliku od samoubistva koje se odriče vaskrsenja i predstavlja put ka večnoj smrti.

Tako navodi primer da se ruski emigranti suočavaju sa životom u tuđem i hladnom svetu u kome život postaje besmislen i besciljan. Oni pate, ali nije problem u patnji već u besmislenoj patnji.[11] Pod pojmom *besmislenost*, Berđajev podrazumeva nešto što dolazi spolja i nije povezano sa našim unutrašnjim životom, dok je *beznađe* suženje svesti i gašenje svih bogatstava božjeg sveta. Zato smatra da čovek treba da nauči da izađe iz sebe, da se otvori ka drugim ljudima i svetu. Osoba koja je duhovno slobodna od vlasti sveta ne može da doživi stanje očajanja. Ona zna da se radost postiže rastom u duhovnom životu i blizinom Boga. Pravi život je, prema Berđajevu (2002: 19–20), „urastanje u večnost, duhovno uspinjanje, oslobađanje od vlasti rđavog, nesrećnog, besmislenog života sveta".[12]

Posebno u vreme katastrofalnih epoha, kada čovek nema sigurnost i gubi tlo pod nogama, neophodna je duhovna ukorenjenost u večnosti. Stoga, da bi čovek bio ličnost i duhovno slobodan, on ne treba zbog straha od životnih nedaća da dozvoli „raspadanje svesti", već da pobedi sebe i prevlada sve vrste ograničenosti (ličnosti, svesti) kretanjem uvis i napred. I, na kraju, boriti se protiv samoubistva, smatra Berđajev, znači boriti se protiv psihološkog očajanja i beznađa, a za smisao života. To je, prema njemu, borba za religiozni smisao života, u stvari za „lik i obličje božije u čoveku".

---

10 Glavni razlog samoubistva je paganski pogled na svet i mišljenje da čovek posle smrti ne postoji. Ko ne veruje u besmrtnost duše njemu i nije stalo do ovog života jer ne vidi u njemu značaj i uzvišeni smisao. Verujućem čoveku dragocen je svaki dan života. Crkva uskraćuje obred samoubicama, ali čoveku koji je pokušao samoubistvo oprašta i dozvoljava da se iskupi za počinjen greh (Ornatski i sarad. 2001: 52, 62)

11 Hrišćansko učenje shvata patnju kao stanje koje ima smisla i koje je podnošljivo. Patnja je nošenje krsta. Spasitelj je i pozvao čoveka rečima: „Uzmi svoj krst i pođi za mnom!" (Berđajev, 2002: 32).

12 Berđajev kritikuje sociološko razumevanje smrti koje se zasniva samo na statističkim podacima i koje ne „prodire u dubinu života", navodeći Dirkemovu studiju o samoubistvu. Društvo i društveni ciljevi ne mogu da zamene Boga i božanske ciljeve niti da čoveku daju smisao života (Berđajev, 2002: 30, 48).

Teorija religijske socijalne mreže ukazuje na značaj kvalitetnih interpersonalnih odnosa u religijskoj zajednici kao preventivnom faktoru za suicid. Naglašava se važnost snažnih i izdržljivih socijalnih veza, kao i prijateljske i nehijerarhizovane verske zajednice. U stvari, važna je dobra socijalna i emocionalna podrška, koju vernici dobijaju u verskoj zajednici, ali uz njihovo aktivno učešće (Kaplan et al. 2012).

2.1 Stavovi (religijski i opšti) prema samoubistvu i povezanost sa stopom suicida

U delu koji sledi biće prikazana neka istraživanja koja potvrđuju ili delimično osporavaju uticaj religijskih stavova prema samoubistvu na stopu suicida, kao i istraživanja povezanosti stavova među mlađom i starijom populacijom na suicidno ponašanje u različitim društvima i kulturama.

U značajnom broju studija potvrđena je povezanost između religije i niže stope suicidnog ponašanja, ali se misli na pokušaje i izvršene suicide, dok nema dovoljno studija o povezanosti samopovređivanja sa religijskom pripadnošću. Posebno se ističe pripadnost nekim verskim grupacijama sa snažnijom zabranom ovog čina. Međutim, religija se povezuje sa smanjenjem anksioznosti i depresivnog raspoloženja, pa time i suicidnog ponašanja (Borrill et al. 2011: 260).

Istraživanje, rađeno u Kini,[13] koja ima jednu od najviših stopa suicida u svetu, nalazi da su stavovi prema suicidu neutralni, što prema drugim istraživanjima važi i za opštu populaciju. Stavovi su delimično povezani sa starošću, bračnim statusom, obrazovanjem, poslom i suicidnim idejama. Stariji, obrazovaniji i oženjeni stanovnici često kriju pozitivan stav prema suicidu. Ispitanici koji su ranije imali suicidne ideje sada imaju više stigmatizujuće stavove prema samoubistvu od drugih ispitanika. Nema bitnih razlika u stavovima osim razlike u shvatanju pokušaja suicida i suicida, koje ruralno stanovništvo vidi kao dva potpuno odvojena fenomena (Zou et al. 2016).

Azija, kao kontinent sa najvećim brojem stanovnika, čini i 60% od ukupnog broja suicida u svetu. Ministarstvo zdravlja u Maleziji ističe da su studenti rizična grupa, a kao razloge navodi finansijske teškoće, stres, ljubavne probleme, beznađe i usamljenost. Međutim, stavovi mladih prema samoubistvu su ujednačeni i uglavnom pozitivni, stoga se smatra da čovek ima pravo da se ubije kada želi i kojim načinom želi. Tolerantan odnos prema samoubistvu u Japanu utiče na stopu suicida, kao i na imitaciju.

13 Uzorak je činilo 1.255 ispitanika iz 14 ruralnih i urbanih zajednica.

Istraživanje ukazuje da su studenti Kinezi budisti imali tolerantniji stav prema suicidu nego Malajci muslimani (Yi Foo, 2014: 732).

Prema drugim studijama, mladi se razlikuju u stavovima zavisno od nacionalne pripadnosti, pa Afroamerikanci navode više razloga za življenje u odnosu na Amerikance. Prema jednom istraživanju rađenom u Indiji, nađeni su negativniji stavovi prema samoubistvu, kao i niži stepen suicidnog ponašanja u porodicama, među ispitanicima koji pripadaju islamu u odnosu na hinduiste (Thimmaiah et al. 2016: 2039).

Ima i drugačijih nalaza o protektivnoj ulozi verskih zajednica koje zabranjuju samoubistvo i stopama suicida u različitim vremenskim periodima Holandskog društva.[14] Uticaj verskih zajednica je širi i *deli* se sa kulturom. U studiji je nađena povezanost između smanjene stope suicida i povećanog broja vernika u lokalnim zajednicama. Verske zajednice su imale opšti zaštitni efekat na ljude, nezavisno od njihove individualne denominacije, kao i na članove zajednice koji nisu pripadali nijednoj denominaciji. Vremenom, sa sekularizacijom holandskog društva, opada verski uticaj na samoubistvo. Kod ljudi koji ne pripadaju verskim zajednicama slične su stope suicida, te je tu vidljiviji uticaj kulture nego religije. Emocionalnu i socijalnu podršku, važnu u prevenciji suicida, pružaju verske zajednice, ali su značajnije socijalne norme i socijalne mreže (Thorlindsson, Bjarnason, 1998).

Mladi iz Norveške smatraju da svako ima pravo na samoubistvo, a da je pokušaj suicida vapaj za pomoć, dok je za mlade iz Ugande i Gane ovaj fenomen tabu, a pokušaj suicida osveta ili kazna prema drugima (Walker et al. 2010. prema Yi Foo, 2014: 733). U SAD je samoubistvo treći po redu uzročnik smrti među mladima od 10 do 24 godine.[15] U poslednjih par decenija javljaju se *novi trendovi* u ponašanju mladih koji nemaju za cilj samoubistvo već namerno oštećenje tela (non-suicidal self-injury – NSSI), tj. povećava se broj samopovređivanja. Stope samopovređivanja rastu i među kliničkom i među nekliničkom populacijom mladih. Stavovi mladih koji se samopovređuju prema samoubistvu su snažni i pozitivni, iako za sada nisu pokušali suicid, stoga oni spadaju u rizičnu grupu za pokušaje suicida i suicid (Dickstein et al. 2015: 1126).

---

14 U pitanju je zanimljiva studija, rađena u Holandiji krajem 1990-ih, koja se oslanja na i empirijski proverava Dirkemov model samoubistva. Analizirani su podaci o stopama suicida za period 1936–1973. Statistički podaci o verskoj pripadnosti u 850 lokalnih zajednica sa 10.000 stanovnika poređeni su sa stopama suicida u tim zajednicama.

15 Svake godine 16% srednjoškolaca razmišlja o samoubistvu, 13% pravi planove za suicid, 8% pokuša suicid, dok 2% traži medicinsku pomoć zbog pokušaja suicida (Eaton et al. 2012. prema Dickstein et al. 2015: 1127).

U javnosti SAD smatralo se da postoji oštra diferencijacija u stavovima prema samoubistvu, legalnom abortusu, smrtnoj kazni i eutanaziji. Ispitivanjem struktura sistema verovanja, koji su doveli do vrednosnih konflikata (Sawyer, 1982: 521),[16] empirijski je potvrđeno postojanje opštih vrednosnih orijentacija koje usmeravaju stavove. U pitanju su dve vrednosne orijentacije – ka očuvaju života i ka smrti u određenim situacijama. Ispitivanje stavova javnosti o pravu na samoubistvo osobe koja je umorna od života ili suočena sa neizlečivom bolešću, bankrotstvom ili porodičnom sramotom povezani su, pre svega, sa pozitivnim verovanjima o životu i građanskim aktivizmom u domenu ljudskih sloboda u SAD (Sawyer, Jeffery, 1987).[17] Oko 50% ispitanika podržava ovaj čin. Pravo na suicid podržava manje ispitanika iz ruralnih oblasti, nižeg obrazovanja, vernika, starijih, udovaca i Afroamerikanaca, jakih demokrata i političkih konzervativaca. Što se tiče religijske pripadnosti, samoubistvo manje podržavaju protestanti i katolici koji češće posećuju crkvu i imaju snažnija religijska uverenja.

U poslednjih 50 godina, u SAD rastu i pozitivni stavovi prema asistiranom samoubistvu – eutanaziji. Prema podacima, tri puta više nereligioznih ljudi odobrava ovakav način u odnosu na religiozne.[18] Ipak, razlike su znatno manje između nereligioznih i pojedinih protestantskih podgrupa. Tako liberalni protestanti u većem broju podržavaju asistirano samoubistvo od nereligioznih. Sekularizacija je različito uticala na različite verske grupe, a protestanti svoju veru shvataju kao opšti način života i promociju morala za građane. Osim toga, stariji manje odobravaju eutanaziju od mlađih, plašeći se zloupotrebe ovog metoda. Afroamerikanci u znatno manjem broju podržavaju eutanaziju zbog moguće zloupotrebe manjinskih grupa (Hamil-Luker, Smith, 1998: 385).

U našem istraživanju o aktivnom starenju u Beogradu, razmatrana je i uloga religijskih aktivnosti u organizaciji slobodnog vremena i borbi sa depresivnim simptomima posle gubitka. Većina ispitanika ne ide redovno u crkvu, ali kada odu osećaju se smireno, prijatno, opušteno i svima je odlazak u crkvu pozitivno iskustvo koje svakako utiče na mentalno zdravlje. To je način da se osećaju *bliže* ljudima kojih više nema, da dožive nešto *posebno*, neku vrstu *smanjenja bola*... Neki idu u crkvu češće, i to na liturgije, i imaju veoma pozitivna iskustva.

Poznato je da verske zajednice mogu da doprinesu razvijanju i širenju socijalnih mreža, koje su jako važne u starijem dobu. Religioznost i posećivanje verskih obreda pozitivno utiču na mentalno i fizičko zdravlje

16 Istraživanje je rađeno u SAD na uzorku od 1.530 ispitanika, starosti 18 i više godina.

17 Na uzorku od 1.380 ispitanika starijih od 18 godina u SAD.

18 Uzorak je činio 1.231 ispitanik iz kontinentalnih delova SAD.

starijih osoba i mogu da uspore proces opadanja funkcionalnosti, tako da redovno posećivanje verskih obreda intenzivira fizičke aktivnosti – kretanje, šetnju – kao i socijalne – komunikaciju, razmenu iskustava i emocija, nalaženje novih prijatelja – ali i obaveze i odgovornost, a sve to utiče na pojačavanje doživljaja korisnosti (Dragišić Labaš, 2016: 148–150). Pomoć verske zajednice od posebnog je značaja za vulnerabilne grupe starijih, sa oskudnim materijalnim, socijalnim i zdravstvenim resursima, dok mreže socijalne podrške zasnovane na verskoj grupi smanjuju rizik za dalji razvoj invalidnosti u starijem dobu (Hayward, Krause, 2013).

Negativni stavovi prema samoubistvu (kako religijski tako i opšti) imaju važnu ulogu pri donošenju odluke o izvršenju ovog čina, ali bi pozitivan stav prema životu i nalaženje smisla života, a ukoliko je to potrebno uz uvek postojeću i dostupnu pomoć u različitim institucijama kako sekularnim tako i verskim, bili značajniji.

3. Sociološke teorije o samoubistvu i istraživanja

3.1 Sociološke studije o samoubistvu u Srbiji

Od 1897. godine i Dirkemove studije *Samoubistvo* započinje sistematsko sociološko istraživanje[19] ovog fenomena, te je do 1945. objavljeno skoro 4000 radova. Veliko interesovanje za ovaj fenomen uslovljeno je potrebom istraživača da pokažu snažan uticaj društvenih varijabli na jedan, kako se ranije shvatalo, individualan čin, ali i „humanističko interesovanje za čoveka koji ne samo da odbacuje društvo nego i samog sebe" (Špadijer-Džinić, 1966: 18). Špadijer-Džinić ističe da samoubistvo treba istraživati kroz razlike u društvenim, demografskim, ekonomskim i kulturnim karakteristikama.

Većina socioloških studija bavila se istraživanjem i tumačenjem razlika u stopama suicida korišćenjem statističkih baza podataka (Špadijer-Džinić, 1966: 37, 61). Međutim, kako navodi Milić (1959), statistički

19 Iz makro i mikro pristupa sociolozi su razvili različite teorije koje sadrže generalni pogled ili pretpostavke o prirodi društva. U okviru njih razmatraju se i fenomeni kao što je samoubistvo. Tri su značajne teorijske perspektive u sociologiji – funkcionalistička, koja pretpostavlja da je društvo stabilno i uredno; perspektiva konflikta koja vidi društvo u stalnoj promeni i obeleženo konfliktom; dok perspektiva simboličke interakcije gleda na društvo kao na niz socijalnih interakcija i fokusira se na detalje različitih specifičnih situacija i na interakciju između idividua u toj situaciji. Stoga funkcionalistička i konfliktna teorija posmatraju društvo kroz makro, a simboličko-interakcionistička kroz mikro pristup. Samoubistvo se tako može posmatrati iz tri različite sociološke perspektive. Stoga, za opis ove pojave, rasprostranjenost, kulturne i društvene karakteristike, neophodna su sociološko-statistička istraživanja i tumačenja.

metod nije primenljiv na ispitivanje etiologije suicida, već je više opisnog karaktera. Postoje problemi koji se odnose i na pouzdanost statističkih podataka i na njihovu sadržajnu ograničenost. Primenom sociološko-statističkog metoda može da se dođe do podataka o opštem riziku za suicid, različitim društvenim sredinama, situacijama i odnosima, te ih stoga treba dopuniti psihijatrijskim istraživanjima, što, prema autoru, može da se realizuje u okviru socijalne patologije kao naučne discipline koja povezuje sociologiju sa psihijatrijom.

Nažalost, u Srbiji postoji izuzetno mali broj socioloških studija o samoubistvu. Pored Špadijer-Džinić, sociološkim istraživanjem samoubistva bavili su se Vojin Milić i Ruža Petrović. Goran Penev je analizirao statističke podatke o samoubistvu iz demografske perspektive, i to je za sada najnovije istraživanje bazirano na takvoj vrsti podataka. Autorka ove monografije ima nekoliko istraživanja koja se odnose na suicidno ponašanje (misli i pokušaje suicida) starijih i mlađih osoba i ratnih vojnih invalida, koja će biti prikazana u drugim delovima studije. U tekstu koji sledi biće predstavljeni osnovni nalazi iz tri sociološke studije o samoubistvu, koji su važni ne samo kao *pogled u prošlost*, nego i kao ideja kako treba nastaviti sociološka istraživanja samoubistva.

Milić (1959) se bavio istraživanjem suicida u bivšoj Jugoslaviji u periodu 1950–1957. (raniji prikaz stopa samoubistva, u predratnoj Jugoslaviji, autor nalazi samo za 1937, i to je 11,8, kao i za 1938. – 10,7). Našao je velike regionalne razlike u stopama suicida među republikama i pored istog „društveno-političkog uređenja i pravnog poretka". Najniže prosečene stope za ovaj period bile su u Makedoniji, na Kosovu i Metohiji i u Bosni i Hercegovini, a najviše u Sloveniji (22,3) i Vojvodini (21,1).

Muškarci dva puta češće vrše suicid u odnosu na žene. Poređenjem specifičnih stopa suicida (po starosti), razlike između mladih muškaraca u Sloveniji znatno su više nego u drugim republikama, a posebno u Makedoniji. Stopa samoubistava starijih od 65 godina viša je u odnosu na ostale starosne kategorije, ali ako se porede sa stopama opšte smrtnosti, onda je stopa suicida starijih manja u odnosu na mlade. Osobe u braku imaju skoro dva puta niže stope suicida u odnosu na druge koji nisu u braku. Brak jeste protektivan faktor, ali može biti i rizičan, stoga autor navodi „nesređene porodične prilike" kao drugi po redu uzrok samoubistva, posle „bolesti". Takođe, više stope imaju razvedeni (Isto, 1959).

Samoubistvo je češće u gradovima u svim republikama, osim u Crnoj Gori. Najviše stope ima Subotica (33,5), potom Ljubljana (22,7), Zagreb (21,8), Beograd (16,6). Po nacionalnosti najvišu stopu imaju Slovenci (20,0) a potom Crnogorci (14,2), Hrvati (10,3), Srbi (9,1). Prema mestu u

društvenoj stratifikaciji, stopa raste od poljoprivrednika (8,4) do službenika (12,5), dok najmanju stopu imaju rukovodioci (7,1). Ukoliko se izdvoje određena zanimanja, a u okviru grupe nekvalifikovanih radnika, dobija se drugačija slika. Na primer, kućne pomoćnice i sobarice imaju visoke stope (39,1), potom ugostiteljsko osoblje (36,2), dok zdravstveno osoblje ima najvišu stopu u okviru grupe zanimanja (35,6).

Milić zaključuje da je, i pored značajnih rezultata koje je dobio korišćenjem statističkih podataka, važno proširiti istraživanje drugom vrstom podataka i ispitivati „konkretne društvene uloge putem kojih je grupa povezana sa strukturom, prirodu društvenih procesa u kojima ona najaktivnije učestvuje, i njeno unutrašnje društveno stanje" (Milić, 1959: 387).

Špadijer-Džinić (1966), u svojoj sociološkoj studiji o samoubistvu u Vojvodini, analizira statističke podatke za period 1959–1963, koji opisuje kao period bez značajnih društvenih promena. Tada je u Jugoslaviji stopa suicida spadala u srednje stope u Evropi, ali su postojale velike regionalne razlike. Vojvodina je imala visoku stopu, odmah iza Slovenije, a od evropskih zemalja, iza Zapadnog Berlina, Mađarske i Austrije.

Opštine u Vojvodini sa najvećom zastupljenošću samoubistva (Subotica – 41,9, Kanjiža, Mali Iđoš, Srbobran, Bečej), za razliku od onih sa najnižim stopama, imale su veći broj gradskog stanovništva, muškaraca, pripadnika mađarske nacionalnosti, starosedelaca i starijeg stanovništva. Ipak, nađena su neka odstupanja od postavljenih hipoteza i drugih sličnih istraživanja, kao što su visoke stope samoubistva među poljoprivrednicima, nedovoljno značajna povezanost sa nivoom obrazovanja, najniža zastupljenost u najvišim slojevima.

Jedno od objašnjenja razlika i sličnosti u stopama suicida su slične sociokulturne karakteristike u Sloveniji i Vojvodini (severni i severnozapadni delovi) sa Austrijom i Mađarskom kao graničnim zemljama. Autorka predlaže nastavak ovakvih istraživanja, ispitivanje povezanosti između migracija – prelazak iz ruralnih u urbane oblasti – sa suicidom, kao i razvijanje interdisciplinarnog pristupa i uključivanje drugih vrsta podataka pored statističkih.

Petrović (1990: 61–132) se bavila ispitivanjem samoubistva u periodu 1950–1984. u Jugoslaviji. U prvih pet godina, stopa suicida se kretala od 8,8 do 10,8. Potom sledi ratni period i pad stope samoubistva, a razlog, prema autorki, jeste to što „lične teškoće uzmiču pred opštim". U posleratnom periodu stope suicida rastu, a mogući razlozi su: promena strukture porodice, smanjenje višegeneracijskih porodica, slabljenje tradicije i religije i povećanje broja razvoda. Od 1960-ih stopa se stabilizuje jer se stanovništvo prilagodilo izmenjenim uslovima života i novim trendovima (porodičnim, društvenim), da bi od 1980-ih ponovo rasla. U poslednjem

posmatranom periodu stopa ponovo raste, uslovljena značajnim promenama kao što su ekonomska i moralna kriza, promena socijalnog statusa, nezaposlenost, etnički i nacionalni sukobi. Ipak je oko dve trećine porasta stope suicida povezano sa povećanjem broja stanovnika, a jedna trećina sa porastom suicidnih uslova i ponašanja prema njima.

Vidne su regionalne razlike u stopama samoubistva, koje su uslovljene kulturnim, istorijskim, društvenim i demografskim razlikama i specifičnostima u republikama bivše Jugoslavije. Petrović je analizirala niz značajnih varijabli povezanih sa suicidom, kao što su: ekonomski i demografski razvoj, starosna struktura stanovništva, prosečan broj članova domaćinstva, stepen ekonomske aktivnosti žena, stepen bračnosti odraslog stanovništva i rađanja van braka, stepen urbanizacije i povezanost sa samoubistvom starosedelaca i migranata.

Nađena je povezanost između višeg nacionalnog dohotka, većeg broja najstarijeg stanovništva i nižeg nataliteta, kao i više stope razvoda sa višim stopama suicida. Prema nacionalnosti, najviše stope suicida imaju Mađari, a najniže Muslimani, Albanci i Makedonci. Prema polu, više su stope među muškarcima. Prema zanimanju, nađeno je da rukovodioci imaju najniže stope suicida. Međutim, kada se ukrste i analiziraju podaci koji se odnose na rod, starost i obrazovanje, nacionalnost i migraciju, ekonomski status, svaka republika ima neku specifičnost. Navodi se primer da ukoliko je društvo bogatije, siromašniji su ugroženiji suicidom, jer se ekonomske razlike udružuju sa odbacivanjem i većom socijalnom izolovanošću. Međutim, prema dobijenim podacima o različitim stopama suicida siromašnih, autorka zaključuje da je socijalna reakcija na siromaštvo u različitim kulturnim sredinama važnija od samog siromaštva.

Razlike se ogledaju i u tipu porodice. Tako Slovenci, Mađari i Hrvati žive u modernim porodicama koje karakteriše viši nivo razvoda i celibata i manji broj dece u odnosu na tradicionalne porodice koje su u većem broju zastupljene u drugim republikama. Autorka ističe značaj etničke kulture koja bitno utiče i na porodicu i na stopu suicida, te stoga smatra da su ovakva istraživanja neophodna u budućnosti.

U tekstu koji sledi biće predstavljene osnovne ideje iz nekih socioloških (sociološko-kriminoloških) teorija. U ovim teorijama ističu se svesnost i odluka za vršenje samoubistva, značaj društvenih faktora, tj. interakcija između čoveka i društva (kulture) i shvatanje samoubistva kao socijalne devijacije. Takođe, navedene teorije smo pokušali da *prilagodimo* današnjici, odnosno da razmotrimo njihovu aktuelnost za etiologiju i prevenciju suicida.

3.2 Samoubistvo kao svesna odluka i društveni čin (Dirkem)

Pre pojave Dirkemove teorije o samoubistvu[20] (1887), kao prve sociogenetske teorije (istraživanje odnosa između čoveka, društva i suicida), socijalno-patološki fenomeni su se objašnjavali organogenetskim teorijama (Opalić, 2008: 105). Najznačajnijim doprinosom u diskursu samoubistva smatra se Dirkemovo uvođenje pojma integracije (Radulović, 1997: 26), ali i shvatanje samoubistva kao ne samo individualnog i psihopatološkog akta. Takođe, pod Dirkemovim uticajem počinje i preispitivanje stavova prema osobama koje su počinile suicid (Holmes, Holmes, 2006: 28). Enriko Morseli smatra se Dirkemovim prethodnikom u korišćenju statističkih baza podataka u proučavanju samoubistva. Morseli, koji se bavio psihološkom medicinom, napisao je 1879. godine da samoubistvo treba da se proučava „ne samo kao izraz individualnih i nezavisnih sposobnosti, već kao društveni fenomen" (Alvarez, 1975: 43).

Dirkemova teorija o samoubistvu fokusirana je na posledice društvene integracije i regulacije. Slaba integracija je povezana sa odsustvom smisla života (danas bi se reklo slaba socijalna mreža, slaba institucionalna podrška), a slaba regulacija sa neravnotežom između potreba i sredstava ili sredstava i ciljeva (danas – nezaposlenost, nedostatak ekonomskih resursa, ekonomska kriza, tranzicija itd.). Normalna, prosečna, umerena regulacija i integracija predstavljale bi, današnjim terminima rečeno, protektivnu i povoljnu sredinu za život i blagostanje adaptiranih građana.

Dirkem (1997: 33–35) smatra da je samoubistvo pojava nastala pod uticajem i pritiskom društva, zato i jeste društveni čin, a ne greh i društveni prestup. To je delo same žrtve, koja je svesna svojih postupaka i namera. Može nastati upotrebom kako mišićne energije (činjenjem), tako i uzdržavanjem (nečinjenjem). Dirkem navodi da je samoubistvo „svaka smrt koja proističe iz nekog pozitivnog (činjenje) ili negativnog (nečinjenje) čina koji vrši sama žrtva".. Pokušaj samoubistva takođe shvata kao akt koji posredno ili neposredno proističe iz pozitivnog i negativnog čina sa znanjem da vodi ka smrtnom ishodu, ali je zaustavljen pre smrtnog ishoda.

Pored isticanja svesnosti u vršenju ovog akta, Dirkem ukazuje i na postojanje drugačije vrste smrti (samoubistva), i to kada čovek halucinira, što znači da on navodi i mogućnost povezanosti sa psihijatrijskim simp-

20 Dirkem je, primenjujući sociološki metod u ispitivanju fenomena samoubistva, koji se do tada smatrao isključivo individualnom pojavom, nastojao da „uobliči sociologiju kao nezavisnu akademsku disciplinu, čiji je predmet proučavanje celine ljudskog društva". Koristio je statističke podatke u proučavanju ove pojave, prikupljene od strane tadašnjih moralnih statističara (Radulović, 1997: 23).

tomima. Međutim, razumevajući uzroke smrti kao one koji su više izvan nas, nego u nama, i namera koje su previše lične pa se o njima više može pretpostavljati ili „dosegnuti na grub i približan način", Dirkem razume i svesne i nesvesne motive samoubistva i ističe vandruštvene uzroke, kao što su organsko-fizičke sklonosti i prirodu fizičke sredine. Shvata da samoubistvo može da se izvrši u *stanju ludila*, i da je ono čest sindrom ludila, kao što se vrši i u stanju zdravlja. Samoubistva „duševnih bolesnika se od ostalih razlikuju isto tako kao što se zablude i halucinacije razlikuju od normalnih opažaja i kao što se automatski porivi razlikuju od promišljenih činova". Između ludila i savršene umne ravnoteže Dirkem navodi niz prelaznih stanja koje naziva neurastenijama[21] (Isto, 65–68). Prihvata podelu samoubistava koju su dali Žuse i Moro de Tur, na manijačka, melanholična, opsesivna (teskobna) i impulsivna (automatska).[22] I pored prihvatanja mentalnih poremećaja kao faktora rizika za suicid, autor tvrdi da ne postoji nijedno „psihopatsko stanje koje sa samoubistvom održava pravilnu i neospornu vezu". Uzrok suicida nije samo stanje bolesti već je neophodno da se u proučavanje uzroka uključe drugi značajni faktori. Dirkem zaključuje da je uticaj vandruštvenih činilaca veoma ograničen (Isto, 1997: 47, 53–64, 85).

Samoubistvo, prema Dirkemu, pre svega treba proučavati kao pojavu na koju deluju snage koje se nalaze van individue (društveni faktori) (pogledati više u: Dirkem E. *Samoubistvo*, 1997). Različite stope samoubistva uslovljene su odnosom integracije (stepen jedinstva) i regulacije (stepen normiranosti). Stepen društvene integracije jeste stepen povezanosti pojedinca i grupe na način da pojedinac bude izložen (pod uticajem) moralnim zahtevima grupe. Stope samoubistva variraju u obrnutoj srazmeri sa snagom (jačinom) grupne integracije, posebno kod članova grupa, kao što su porodica, verske i političke institucije. Stoga je važno da društvo postigne takav nivo integracije u kome će njegovi članovi posedovati *kolektivnu svest,* koju čine zajednička verovanja i osećanja, a koja su način (put) ostvarenja zajedničkih ciljeva. Regulacija predstavlja normativne ili

21 Neurastenija se razume kao predispozicija za suicid. Javlja se kod ljudi sa „slabijim nervima". Oni su predodređeni za patnju i imaju izuzetno osetljiv nervni sistem, tako su njihove misli i osećanja neprekidno u stanju „nestabilne ravnoteže".

22 Manijačko samoubistvo nastaje pod dejstvom halucinacija i sumanutih ideja. Oboleli ili beži da bi izbegao umišljene pretnje ili čini suicid pod uticajem umišljenih glasova i naređenja. Melahholično je povezano sa stanjem tuge, nezadovoljstva dosadnim i bolnim životom i neprivlačnošću dotadašnjih zadovoljstava. Opsesivno samoubistvo je uslovljeno ukorenjenom idejom o smrti, u stvari opsednutošću željom za samoubistvom koja dolazi sama od sebe, ali iako ljudi shvataju besmislenost ove ideje teško se sa njom bore. Nekada ovakvo stanje može da se reši pokušajem samoubistva i da se potom zaustavi. Kod automatskog samoubistva, želja za ovim činom nastaje u trenutku, bez razmišljanja i nekog razloga, i dešava se veoma brzo.

moralne zahteve postavljene pred pojedinca kao člana grupe. Visok i nizak stepen društvene integracije i društvene regulacije tj. egoizam ili altruizam sa jedne strane ili anomija i fatalizam sa druge, predstavljaju uzroke samoubistva. Egoističko samoubistvo vrše ljudi koji nisu čvrsto integrisani u zajednicu, jer slaba integracija dovodi do osećanja beskorisnosti i moralne slobode da se izvrši suicid. Altruističko samoubistvo, suprotno od prethodnog, uslovljeno je visokim stepenom integrisanosti u grupu, koja podstiče, a može i da prisiljava na samoubistvo. U anomičnom društvu, zbog niskog stepena regulacije, ljudi ne znaju šta se od njih očekuje, te takvo stanje neobuzdane slobode šteti čoveku i može dovesti do anomičnog samoubistva. Visok stepen regulacije dovodi ljude u stanje nedostatka slobode (npr. u uslovima ropstva) i utučenosti, te takvo stanje uslovljava fatalistička samoubistva (Ricer, 2012: 59; Radulović, 1990).

Na primer, ukoliko je porodična integracija snažnija (viši nivo kohezije) stope suicida su niže, dok su među razvedenima i onima koji nemaju decu stope suicida više. Brak jeste protektivan faktor za suicid, ali samo u smislu da „smanjuje opasnost od samoubistva na polovinu". Prema Dirkemovom istraživanju, brak ima zaštitnu ulogu, a udovištvo je faktor rizika („smanjuje koeficijent zaštite"), ali zavisno od godina starosti i pola, kao i ne/imanja dece. Prema nalazima, veća stopa suicida postoji kod muškaraca koji su rano ušli u brak, a brak je protektivan faktor („koeficijent zaštite") tek posle 20. godine starosti za oba pola. Međutim, koeficijent zaštite je promenljiv u oba slučaja (bračnost, udovištvo) i zavisi kako od društva tako i od toga koji je pol u povlašćenijem položaju. Udate žene bez dece imaju duplo veću stopu suicida u odnosu na neudate žene iste starosti. Ipak, žene generalno imaju manju dobit od braka u odnosu na muškarce zato što „bračno društvo, samo po sebi, škodi ženi i uvećava njenu sklonost ka samoubistvu". Dakle, brak je bio važan protektivan faktor za suicid muškaraca u tom periodu u Francuskoj (Dirkem, 1997: 198–208).

Društvena integracija može da se pojača u vreme ratova i političkih kriza. Autor je istraživao stope suicida u tim periodima i našao da je, npr. rat između Austrije i Italije koji je počeo 1866. godine „smanjio" stopu suicida za 14%. Smatra da u vreme političkih kriza i ratova „oživljavaju kolektivna osećanja, patriotizam, politička i nacionalna vera i usredsređivanje delatnosti ka jednom cilju", da ljudi manje misle na sebe, a više se zbližavaju, jer se bore protiv istih opasnosti i okrenuti su ka zajedničkim ciljevima. Dirkem zaključuje da „samoubistvo varira u obrnutoj srazmeri sa stepenom integracije domaćeg društva i sa stepenom integracije političkog društva" (Isto, 226–230). S druge strane, ekonomska kriza je rizičan faktor za suicid. Autor navodi primere ekonomske krize u Beču 1873. godine i u Parizu 1882. godine i povećan broj suicida. Takođe, u istoriji

ima primera da je povećanje bogatstva uticalo isto kao i ekonomska kriza, tj. povećalo stope suicida (Pruska, 1886; Nemačka, 1870). Iz ovoga sledi zaključak da je svako narušavanje ravnoteže važan faktor za povećanje stope samoubistva. Međutim, nije u pitanju lična ravnoteža, već ravnoteža društva. Kada je društvo uznemireno, ono je „privremeno nesposobno" da vrši svoju funkciju *nad čovekom*. U stvari, čovek je podređen kočnicama društva koje su moralne, a ne fizičkim kočnicama. Na njega utiče „svest koja je viša od njegove i čiju nadmoć oseća" (Isto, 264–278).

Posle razmatranja pozitivnih efekata bračne i političke integracije na smanjenje stope suicida, Dirkem je analizirao i uticaj preterane integracije. Navodi da se lako ubija čovek odvojen od društva, isto kao i čovek koji je u društvo previše integrisan. U drugom slučaju, društvo čoveka drži u *stanju zavisnosti*, tako da on može da počini altruističko samoubistvo. Altruistička samoubistva su postojala u ranijim društvima (Goti, Vizigoti, Kelti) i bila znatno češća u odnosu na egoistička. Altruistička samoubistva mogu se podeliti na „izborna" (njih društvo manje zahteva), „obavezna" (dužnost, čast), „akutna" (mistička samoubistva). Ove vrste samoubistava nisu karakteristične za moderno društvo i dešavaju se retko, smatra Dirkem, osim „altruističkog samoubistva u hroničnom stanju" koje je u stvari *vojska* (Isto, 242–250).

Dirkemove ideje su i danas aktuelne jer se bave važnim i stalnim sociološkim temama, kao što su priroda društvenog poretka, devijantnost i lično blagostanje, te tako *oblikuju* i istraživanja o samoubistvu (Thorlindsson, Bjarnason, 1998). Danas bi se samoubistva *bombaša samoubica*[23] mogla svrstati u grupu altruističko-fatalističkih. Altruističko-anomičko bi pripadalo konformistima koji su postali retretisti (više u tekstu koji sledi). Egoističko-anomičko bilo bi više prisutno u populaciji mladih ljudi u društvima u tranziciji i među osobama sa psihičkim problemima. U današnjim društvima u tranziciji, posebno ako je u pitanju proces prelaska

23 Ova taktika (*samoubistva bombom)* smatra se visokoprofitabilnom i ekonomičnom (od strane onih koji ovakve aktivnosti organizuju) u nadi da će proizvesti kulturne, ekonomske, društvene ili političke promene. Napadi bombaša samoubica su ponekad usmereni na civile, političare, vojno osoblje ili kombinaciju ovih grupa. Češće se koriste od 1980-ih. Od tada se naglo povećava broj ovakvih napada i šteta izazvana njima. Razvijeno je više naučnih pristupa za proučavanje motiva bombaša samoubica (mada se istraživanja uglavnom rade na manjim uzorcima uz korišćenje izvora podataka dobijenih od članova porodice), a među njima: psihopatološki, pristup lišavanja (deprivacija), kulturni, pristup racionalnog izbora, surove državne represije, materijalnog podsticanja, oslobađanja domovine itd. Istraživanje o palestinskim bombarderima samoubicama ukazuje na složene motive za ovaj čin, među kojima se izdvajaju: želja za osvetom, religijski motiv i želja da se oslobodi domovina. Primarna je bila želja za osvetom zbog oštre izraelske represije, a sekundarno religijske aspiracije (Shafiq, Sinno, 2010: 246–147; Araj, 2012: 211–213).

iz društva sa visokom regulacijom ka društvu sa niskom, i samoubistva bi imala prelazne oblike, a najugroženija bi bila starija populacija. Stariji, koji su bili npr. visoko integrisani „altruisti" u prethodni društveni sistem sa visokom regulacijom, sada postaju „egoisti" jer ne žele da se uključe u ovakav sistem (altruističko-egoističko anomička samoubistva). Tako su u slučaju starijih muškaraca bračna i ekonomska anomija najsnažniji suicidogeni faktori. Egoističko-fatalističko moglo bi biti uslovljeno željom za promenama u društvu, npr. suicid kao politički determinisan akt.

3.3 Samoubistvo kao nemogućnost ostvarenja kulturnih i ekonomskih potreba: razmatranja „posle Dirkema"

Mertonova teorija devijantnosti, koja se smatra jednom od najznačajnijih u sociologiji, zasnovana je na Dirkemovom konceptu anomije. Merton je tvrdio da društva imaju *kulturnu i društvenu strukturu*. Kulturna struktura predstavlja kulturno definisane ciljeve, one *stvari kojima vredi težiti*, kojima društvo pripisuje normativnu vrednost, dok društvena struktura deluje u paru sa kulturnom strukturom, pošto ona definiše, reguliše i kontroliše prihvatljive načine ostvarivanja tih ciljeva (Cockerham, 2003). Osobe koje ne poseduju resurse za ostvarenje kulturnih ciljeva na društveno prihvatljiv način mogu da napuste i ciljeve i sredstva.[24]

Tako u Mertonovoj teoriji o društvenoj strukturi i anomiji, faktori suicida mogu biti teškoće u ostvarenju kulturnih ciljeva. U stvari, do napetosti dolazi zbog toga što kulturni ciljevi nisu kompatibilni sa nedostatkom društvenih sredstava za njihovo ostvarenje. Stoga je jedan od načina adaptacije na anomičnu situaciju primena strategija povlačenja uz osećanje beznađa ili Mertonov *retretizam*. Međutim, povlačenje može da bude i „povlačenje od života" i da vodi u suicid. Tako Klavord i Olin (Cloward i Ohlin) u teoriji o delinkventnoj subkulturi, po kojoj bes i frustracija mogu biti faktori samoubilačkog ponašanja, „retretistu" opisuju kao osobu koja je lojalna pravilima i konvencionalnim vrednostima društva, ali nije u stanju da ta pravila isprati, pa se zato vremenom povlači. Retretisti ne žele da nastave „borbu za život" i mogu naći izlaz u smrti. Na primer, usled kriza, bivši konformisti postaju *retretisti* (Lester, 2014: 249–252).

24 Merton navodi da je u američkom društvu sticanje bogatstva kulturni cilj za većinu ljudi. Društveno određen način ostvarivanja kulturnog cilja – sticanja bogatstva, jeste da se stekne dobro obrazovanje, koje vodi do dobrog posla i plate koja će doneti kuću, automobile, televizore i druge predmete koji su pokazatelji stečenog bogatstva (Cockerham, 2003).

Ginsberg ukazuje na značaj ekonomskih faktora za samoubistvo. U pitanju je nezadovoljstvo pojedinaca prouzrokavano razlikom između očekivane i realne ekonomske dobiti. U vreme ekonomskog rasta, aspiracije se povećavaju i rastu brže od materijalne dobiti. Porast ovog dispariteta može biti okidač za suicid. U vreme ekonomske krize, aspiracije se smanjuju i padaju brže od ekonomske dobiti, pa se i disparitet smanjuje. Rezultat smanjivanja razlika između aspiracija i dobiti smanjuje i stopu suicida (Innamorati et al. 2012: 31). Ovu teoriju moguće je danas razmatrati kao očekivanja da u ekonomski razvijenom društvu ljudi budu uspešniji, zaposleni, obrazovaniji i sa višim standardom. Ukoliko određeni pojedinci, a posebno muškarci (više u tradicionalnom društvu), ne postignu takva očekivanja, nesklad između očekivanja i prakse može postati okidač za suicid.

Ekonomske promene (i prosperitet i kriza), uz smanjenje socijalne kohezije, mogu da utiču na povećanje stope samoubistava. O tome govori studija koju je sproveo Albert Pirs (Pierce, 1967. prema Cockerham, 2003), u kojoj su prvi put primenjene statističke tehnike (multivarijantna analiza) u merenju ekonomskih trendova i bihevioralnih odgovora. Istraživana je povezanost između stope samoubistva među belim muškarcima sa promenom indeksa cena na berzi u periodu između dva rata (1919–1940). Nađeno je da su stope suicida bile značajno povezane sa promenom vrednosti deonica, i to godinu dana nakon promena.

Istraživanjem uticaja ekonomskih promena, ali na mentalno zdravlje uopšte, bavio se takođe Brener (Brenner, 1973, str. 8 prema Cockerham, 2003), koji je smatrao da ekonomske krize dovode do mnogo većeg stresa nego bilo koja druga promena. Nesposobnost osobe da ispunjava svoju socijalnu ulogu, prema autoru, često proizlazi iz ekonomske krize, a stres izazvan ovim faktorom uzrokuje pojavu mentalne bolesti. U svojim istraživanjima našao je značajno veći broj prijema u psihijatrijske bolnice tokom perioda recesije i depresije, te zaključio da je značajan deo *celokupnog* stresa, koji prethodi mentalnoj bolesti u savremenom američkom društvu, ekonomskog porekla. Pripadnici viših slojeva, koji raspolažu većim materijalnim i emocionalnim resursima, imali su niže stope hospitalizacija, dok su osobe sa najnižim socioekonomskim statusom skoro dva puta češće bile hospitalizovane.

Henri i Šort (Henry i Short, 1954) razvijaju Dirkemovu teoriju o samoubistvu, fokusirajući se i na društvene i psihološke faktore. Njihova istraživanja u SAD (period 1900–1941) bavila su se odnosom između ekonomskog stanja i godišnjih stopa suicida i homicida. Navode da u periodu ekonomske krize stope samoubistva rastu, a u periodu razvoja opadaju, ali da su na ekonomske promene osetljiviji (više frustrirani) pripadnici

viših nego nižih klasa. Stope homicida se kreću suprotno od stopa suicida. Sa ekonomskom krizom opadaju, a u periodu prosperiteta rastu (Lester, 2014: 260; Radulović, 1990: 29).

Ispitivanje psiholoških varijabli važnih za samoubistvo odnosi se na razmatranja procesa dečijeg odrastanja i razvijanja primarnog odgovora na frustraciju kroz usmeravanje agresije od/ka sebi. Ukoliko se agresija usmerava prema drugima, lakše može doći do homicida, a ukoliko se usmerava prema sebi, do suicida. Ukoliko su spoljašnja ograničenja snažnija i očekuje se konformiranje sa očekivanjima i zahtevima drugih, agresija se češće usmerava prema drugima. Ukoliko su spoljašnja ograničenja slabija, self snosi odgovornost za frustraciju, te je češće okretanje agresije prema sebi. U ovom objašnjenju usmeravanja agresije od/ka sebi i odnosa sa društvima snažne ili slabe regulacije otvara se jedno polje za istraživanje različitih kombinacija društvenih i psiholoških faktora značajnih za suicid (Lester, 2014).

3.4 Samoubistvo kao socijalna devijacija i krivično delo

Sociolozi su se uglavnom bavili onim oblicima devijantnog ponašanja koja predstavljaju pretnju za dobrobit društva i koja uključuju formalne mehanizme socijalne kontrole, kao što su policijske i psihijatrijske institucije. Tako se i samoubistvo smatra jednim od oblika devijantnog ponašanja, jer krši vrednosna i normativna očekivanja izazivajući negativnu društvenu reakciju, ali je samoubistvo i odraz društvenih uslova. Iako se visoka zastupljenost samoubistva u društvima smatra i socijalnim problemom, stopa suicida i jeste povećana u okruženju u kome je veća zastupljenost socijalnih problema i devijantnog ponašanja (Špadijer-Džinić, 1988: 112–123).

U klasičnim sociološko-kriminološkim teorijama (predstavnici: Bekarija, Bentam – Beccaria, Bentham) fenomen samoubistva se shvatao kao socijalna devijacija i krivično delo za koje je potrebna racionalna odluka. Sličnost sa prethodno navedenim sociološkim teorijama ogleda se u prisustvu racionalne odluke, ali ono što bi bilo *novo* u ovim teorijama je da osoba odmerava šta ovim činom dobija, a šta gubi u odnosu na neke druge alternative. Samoubistvom može da se postigne maksimalno zadovoljstvo ili umanji bol. Bekarija i Bentam bili su protiv kazni za samoubistva jer takve kazne nisu smanjile stopu suicida. Zato predlažu da se kroz programe javnog obrazovanja istaknu posledice samoubistva kao što su unakaženost tela i bol bliskih osoba, koje bi uticale na ljude

da shvate da samoubistvo nije isplativ čin i da stoga nije razuman izbor za njih (Lester, 2014: 245–252). Ovakva razmišljanja mogu se povezati sa samopovređivanjem, pokušajem suicida i *alarm fenomenom*, koji jeste nesvesan, ali sâm pojam *dobitka/gubitka* može da se interpretira u procesu psihoterapije i ima, sudeći po ličnom iskustvu, dobre rezultate u prevenciji suicidnog ponašanja.

U teoriji neutralizacije ili teoriji regrutovanja (Sajks i Maca – Sykes, Matza) pominju se tehnike neutralizacije koje neki autori smatraju primenljivim i kada je u pitanju samoubistvo. Ove tehnike se koriste radi opravdavanja devijantnog ponašanja i dele se na: poricanje odgovornosti, nanesenih povreda, postojanja žrtve, osudu onih koji osuđuju, pozivanje na višu lojalnost (Ignjatović, 2006: 310–312). Ranije se ove tehnike nisu razmatrale niti povezivale sa samoubistvom. Neki autori smatraju da se ove tehnike primenjuju kada se pišu oproštajna pisma kojima se skreće pažnja od suicida, kao i da se samoubistvo moralno opravdava isticanjem u pismima povređenosti (uvređenosti) od strane bliskih osoba (Spiegel, Neuringer, 1963; Jacobs, 1986. prema Lester, 2014: 254–256).

3.5 Samoubistvo i teorija etiketiranja (etiketiranje i stigmatizacija suicidanta i članova porodice)

Teorije socijalne reakcije koje su bile veoma značajne za kriminologiju i psihijatriju, nisu imale takav uticaj na suicidologiju (Lester, 2014: 267), ali danas može da se razmatra etiketiranje i njegove posledice po osobu koja je pokušala suicid (posebno ako je više puta pokušala suicid), kao i etiketiranje porodice iz koje potiče osoba koja je izvršila suicid. Negativna socijalna reakcija prema osobama sa psihičkim problemima, posebno kada su u pitanju psihotični poremećaji, može da bude snažno povezana sa suicidom.

Samoubistvo, alkoholizam i mentalna oboljenja mogu postati devijantna ponašanja ukoliko, prema teoriji Edvina Lemerta (1972), prođu kroz dve faze – *primarnu* i *sekundarnu devijaciju*.[25] Lemert je tvrdio da proučavanje devijantnog ponašanja mora da se suoči sa dva problema: odakle potiče devijantno ponašanje i kako ono postaje simbolički vezano

25 Primarna devijacija je situacija u kojoj se „normalna“ osoba ponaša drugačije, čudno, a drugi takvo ponašanje tumače kao atipično za nju. Sekundarna devijacija se odigrava kada osoba nastavlja da narušava norme, te zbog reakcije drugih biva prisiljena da prihvati ulogu devijanta. Znači, sekundarna devijacija ukazuje na situaciju u kojoj je osoba upućena na ulogu devijantne osobe, jer se devijantnost smatra tipičnom karakteristikom te osobe.

uz određene osobe, kao i kakve posledice takvo vezivanje ima za te osobe. Lemert je istakao da uloge i odnosi koji su osobi na raspolaganju nakon etiketiranja mogu biti upotrebljeni da održe identitet devijanta. Lemertova analiza tako implicira da je identitet devijanta manje ili više trajan nakon dobijanja etikete (Cockerham, 2003).

Hauard Beker je dalje razvio teoriju etiketiranja, te istakao da devijantnost stvaraju društvene grupe koje donose pravila, a čije narušavanje sačinjava devijantnost. Smatrao je da je jedan od najvažnijih doprinosa teorije etiketiranja u tome što ona fokusira pažnju na to kako etiketiranje smešta osobu u okolnosti koje joj otežavaju da nastavi da se normalno ponaša i da sledi rutine svakodnevnog života, provocirajući je na taj način da se ponaša „abnormalno" (Isto, 2003).

Neki primeri iz lične prakse u radu sa osobama koje su pokušale suicid ukazuju na njihovo često etiketiranje. Zapaženo je da etiketa – *samoubica* – ide uz već postojeću (ludak, neuračunljiv, šizofreničar, paranoičar, narkomančina, pijanica...). Osoba koja je pokušala suicid okrivljuje se da, pored postojeće bolesti, dodatno bruka porodicu. Dakle, društveno neodobravanje, pa potom kažnjavanje, strože kažnjavanje i na kraju odbacivanje (po Lemertovom procesu postajanja sekundarnim devijantom) (Ignjatović, 2006: 242), pojačava ljutnju prema onima koji kažnjavaju. Na ovaj način se primarna devijacija pojačava i prelazi u sekundarnu.

Šta bi u ovom slučaju značilo prihvatanje uloge devijanta? Da li je to osoba koja dalje pokušava suicide, ili je moguće da će počiniti homicid? Međutim, ima primera u kojima se ranije etiketirana osoba sada *bolje* razume i prihvata. Pokušaj samoubistva se uglavnom doživljava kao reakcija na nedovoljnu brigu porodice, a ređe i društva. Socijalna reakcija, sudeći po nekim primerima iz prakse, mogla bi da vodi osobu koja je pokušala suicid u dva pravca. Prvi je da osoba oseća bes i krivicu prema onima koji je odbacuju, koje češće usmerava prema sebi nego prema drugima, što može da uslovi recidiv, kao i smrtni ishod. Drugi je da se oseća manje krivom, optužuje članove porodice, ali zbog neshvaćenosti ponovo pokuša suicid sa izraženijim *alarm fenomenom*, a moguće i pokuša ili izvrši homicid.

Prihvatanje uloge devijanta kod osoba koje imaju mentalne probleme, posebno onih koji su imali više prisilnih hospitalizacija, žive u siromaštvu, bez adekvatne roditeljske podrške, može da dovede i do suicida i do homicida. U istraživanju povezanosti identiteta i mentalne bolesti, kroz narative rezidenata specijalne zatvorske bolnice u Beogradu, Ljubičić (2016) nalazi da ispitanici svoje roditelje opisuju kao podeljene i udružene. Opisani su kao udruženi protiv (ispitanika), koji odbacuju i otvoreno mrze. Odbacujući roditelji nisu fizički prisutni i nisu u dovoljnoj meri po-

svećeni i brižni. Udruženi (protiv) pojavljuju se kod najvećeg broja ispitanika (Ljubičić, 2016: 141–142). Ispitanici sebe vide kao žrtve i odbačene od strane roditelja, a jedan broj njih je pokušao ili je ubio jednog/oba roditelja ili drugog člana porodice. U stigmatizujućem društvu roditelji i članovi porodice češće odbacuju člana koji je pokušao samoubistvo. Takođe, u ovakvom društvu, u kome su etiketirani i ljudi sa psihičkim problemima i njihovi roditelji, socijalna reakcija može bitno da utiče na oba čina – samoubistvo i ubistvo.

O stigmatizaciji porodica suicidanta postoje podaci od davnina, i to od uskraćivanja sahrane do konfiskacije imovine. Danas se smatra da u proseku 18 ljudi pati zbog samoubistva člana porodice ili druge bliske osobe. S obzirom da u svetu 800.000 ljudi godišnje izvrši suicid, to znači da ovakav događaj negativno utiče na 14,4 miliona osoba. Različiti stavovi prema porodici čiji je član izvršio suicid prisutni su u različitim kulturama, što znači da je stigma kulturno određena, a istraživanja ukazuju na još uvek prisutna sujeverja da je *zlo u porodici* razlog za ovaj čin. Nedostatak emocionalne podrške i podrške u zajednici, zbog neznanja o uzrocima suicida i pogrešnih stavova, takođe predstavlja razlog da se ožalošćeni dodatno loše osećaju. Zato se ožalošćeni neretko povlače usled osećanja srama, a takav način ponašanja može da dovede do socijalne izolacije (Goldney, 2008: 82).

Novija istraživanja stigmatizacije osoba čiji su članovi porodice ili druge bliske osobe izvršile suicid nalaze da osećaju krivicu, sramotu i da izbegavaju druge. Osim toga, prikrivaju suicid, socijalno su izolovani, sniženo im je fizičko i mentalno funkcionisanje. U povećanom su riziku za nastanak depresije i mogu imati suicidne misli. Negativni stavovi prema suicidantima u javnosti i stigma prema njihovim bliskim osobama ometaju proces tugovanja, smanjuju socijalnu mrežu, samopoštovanje i kvalitet života (Hanschmidt et al. 2016: 1–4).

3.6 Samoubistvo kao imitacija

Tardova teorija imitacije bila je značajna za proučavanje kriminaliteta i samoubistva u ranijim periodima, ali sociolozi i danas smatraju imitaciju jednim od važnih faktora za suicid. Imitacija je, za Tarda (1856–1929), uglavnom nesvesna i snažna aktivnost kojom se mogu objasniti svi društveni fenomeni. Dakle, „sve značajne radnje u društvenom životu izvršene su pod uticajem primera". I samo društvo je stvoreno na osnovu sugestije, a ne na osnovu ugovora. Recipročna imitacija utiče na stvaranje istih ubeđenja i uslovljava slična psihološka stanja. Tard objašnjava zakon

imitacije kao imitiranje između ljudi koji žive u blizini, gde inferiorni imitiraju superiorne u npr. jeziku, idejama, dogmama, potrebama... Ranije je imitirana aristokratija, a kasnije glavni gradovi. Tako je samoubistvo fenomen potpune imitacije. Tard navodi primere masovnih samoubistava u istoriji, čiji su razlozi bili ropstvo i sramota zbog poraza. Samoubistvo među plemstvom, kao i ludilo, zločini, poroci i bolesti, prouzrokovani su preteranim kupovinama, luksuzom, galantnošću. U prestonicama se ovako raskošno živi i prezire provincija. Veliki gradovi daju primer moralnosti malim gradovima, te su se svi poroci i zločini (pijanstvo, preljubništvo, lovokrađa, podmetanje požara, silovanje, razbojništvo, trovanje drugih, plaćena ubistva), kao i samoubistvo, *preselili* od plemstva na građanstvo (Ignjatović, 2006: 110–130).

Imitacija samoubistva primećena je još pre 200 godina, te je Geteov (Goethe, 1749–1832) roman *Jadi mladog Vertera* bio zabranjen u nekim zapadnoevropskim zemljama. Vilijem Far (William Farr) je još 1841. godine istakao da je naučno potvrđeno da je imitacija povezana sa samoubistvom (ali moguće i sa ubistvom). Ovakvi podaci su tek posle 100 godina statistički potkrepljeni, dok su pre 40 godina rađena obimnija istraživanja ove povezanosti[26] (Goldney, 2008: 38).

Primeri imitacije samoubistva poznatih osoba mogu se naći u literaturi. Smatra se da je izvršenje suicida neke poznate ličnosti okidač za isti čin kod jednog broja ljudi. Moguće da je odluka drugih da imitiraju samoubistvo poznatih bila *jednostavnije rešenje* prekidanja već postojećih suicidnih misli ili je u pitanju imitacija nečeg što poznati mogu da dozvole sebi, pa onda zašto ne bi mogli i drugi. Tako je posle smrti Jesenjina (Есéнин, 1895–1925) više ljudi na njegovom grobu izvršilo suicid, a takođe je i drugi veliki ruski pesnik, Majakovski (Маякóвский, 1893–1930), pet meseci kasnije izvršio samoubistvo. Moguće da je samoubistvo uslovljeno sličnim emocijama i mislima o kojima su npr. pisali neki pesnici koji su izvršili suicid u određenom društvenom trenutku (početak rata, progoni, izbegličtvo...). Marina Cvetajeva (Цветáева, 1892–1941), ruska pesnikinja, izvršila je samoubistvo ostavljajući poruku pre smrti: „odbijam da živim tamo gde su bog i čovek zaćutali“[27] (Budinski, 2005).

---

26 Jedno od istraživanja rađeno u Nemačkoj ukazuje na povezanost prikazivanja televizijske serije u kojoj mladić od 19 godina izvršava samoubistvo bacanjem pod voz sa povećanjem samoubistva na ovaj način od strane mladih muškaraca. Takođe, posle suicida poznate osobe koja je bila depresivna, na Tajvanu se povećao broj obolelih od depresije koji su pokušali suicid (Goldney, 2008: 38).

27 Virdžinija Vulf (Woolf, 1882–1941), engleska književnica, izvršila je suicid 1941. Ernest Vajs (Weiß, 1882–1940), jevrejski lekar i pisac, Valter Benjamin (Benjamin, 1892–1940), nemački književnik i filozof, Karl Ajnštajn (Einstein, 1885–1940), nemački pisac jevrejskog porekla koji je živeo u Parizu, Valter Hazenklever (Hasenkle-

Primećeno je da, po objavljivanju u novinama i na TV-u da je poznata osoba izvršila samoubistvo, raste broj suicida. Istraživanja ukazuju i na epidemije samoubilačkog ponašanja. Tako je nastala teorija kritične mase samoubistva (Phillips, 1982; Stack, 1990. prema Lester, 2014: 230). Šeling (Schelling, 1978) ističe da ljudi nastoje da se ponašaju na isti način, i ukoliko to čine neprekidno, povećaće incidencu određenog ponašanja, u ovom slučaju suicida, preko određenog nivoa. Kada broj samoubistava dostigne kritičan nivo velika je verovatnoća da će se podržavanjem ovakvog ponašanja povećati nacionalna stopa suicida[28] (Lester, 2014: 231).

3.7 Teorije o: socijalnim problemima, totalitarnom i hiperpotrošačkom društvu, ekonomske teorije i samoubistvo

U ovom delu teksta biće kratko prikazane neke ideje iz različitih teorija koje mogu da se povežu sa samoubistvom. U stvari, biće analizirani društveni – makro faktori i suicid kroz: teoriju o socijalnim problemima, Fukoovo shvatanje disciplinujućeg društva i shvatanje Lipoveckog o hiperpotrošačkom društvu. Takođe će biti predstavljene dve ekonomske perspektive, i to: o *ne/isplativosti* samoubistva i modelu participacije radne snage, kao i stres-dijateza psihološka teorija u *sociološkom kontekstu.*

3.7.1 Teorije o socijalnim problemima

U okviru teorije o socijalnim problemima sociolozi definišu samoubistvo kao socijalni problem. Za objašnjenje uzroka socijalnih problema najčešće se koriste funkcionalistička, konfliktna i simboličko-interakcionistička perspektiva. Socijalni problemi se definišu kao socijalna stanja koja nanose štetu većem broju ljudi i koja postoje u objektivnoj realnosti i subjektivnoj percepciji.[29] Suicid, nasilje, siromaštvo,[30] alkoholizam, terori-

ver, 1890–1940), nemački pisac, izvršili su suicid 1940. Suicid su takođe izvršili muzičari: Dženis Džoplin (1970), Džimi Hendriks (1970), Doni Hatavej (1979), Majkl Blumfild (1981) i Majkl Hočins (1997) (Budimski, 2005).

28 Istraživanje rađeno u 33 države u periodu 1970–1980. pokazalo je da se povećana stopa suicida u nekim zemljama 1970. godine povećavala u sledeće 2 do 7 godina. Hipoteza o kritičnoj masi suicida posebno se potvrdila u zemljama koje su pre istraživanja imale više stope suicida (Lester, 2014: 231).

29 Sociološki pristup u proučavanju ljudskog društva kreće se od makro (kultura, institucije, nejednakost) do mikro perspektive (socijalne situacije u kojima ljudi ulaze u različite interakcije).

30 Siromaštvo može imati 3 oblika: integrisano, marginalizovano i diskvalifikujuće. Integrisano je prisutno u manje razvijenim zemljama (Južna Evropa), zahvata veći deo

zam, trgovina ljudima neki su od mnogobrojnih socijalnih problema koji nanose štetu pojedincu i društvu širom sveta. Međutim, veoma je važno da li ljudi vide neku pojavu kao socijalni problem ili ne.[31]

Samoubistvo takođe može da se razume kao socijalni problem koji donosi tugu bliskim osobama, ali i kao čin koji bi drugi mogli da razumeju i imaju empatiju za počinioca i njegovo dostojanstvo, ukoliko je u pitanju osoba koja pati od neizlečive bolesti. Posmatrano iz pozitivističke perspektive, socijalni problemi su apsolutno realni i poseduju negativne osobine nasuprot pozitivnim osobinama socijalnog blagostanja. Tako je siromaštvo socijalni problem nasuprot socijalnom blagostanju, rat nasuprot miru, mentalna bolest nasuprot mentalnom zdravlju... Međutim, iz konstrukcionističke perspektive, socijalni problem je ideja koju ljudi koriste u cilju definisanja određenih stanja kao problema. Stoga, socijalno konstruisan problem nije objektivno realan već nastaje u ljudskoj svesti (http://samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf).

Prema funkcionalističkoj teoriji, svaki deo društva ima određene funkcije u društvu kao celini (porodica, škola, ekonomija, vlada) i svi delovi društva zavise jedan od drugog da bi se stvorio socijalni poredak.[32] Kada neki deo društva ne uspe da ispuni funkciju, remeti se mreža međuzavisnosti i dolazi do disfunkcije. Kada dođe do disfunkcije, socijalni nemir se javlja u formi socijalnih problema kao što su visoke stope delinkvencije, kriminala, nezaposlenosti, siromaštva, samoubistva.

Teorija konflikta ima svoje intelektualne korene u radovima Karla Marksa (Marx, 1818–1883). Marksistička teorija se fokusira na to kako određeni društveni odnosi i sredstva za proizvodnju, tokom specifičnih istorijskih perioda, omogućavaju ekonomski i politički moćnima da oblikuju društveni poredak u svoju korist. Siromašni će biti obespravljeni, njihova društvena stvarnost otuđujuća i pogodna za devijantno ponašanje, kako ga definiše struktura moći. Klasna borba i revolucija će na kraju dovesti do socijalizma, koji će se razviti u komunizam i doneti bolje uslove za one koji se nalaze na dnu društva. U međuvremenu, obespravljeni će i dalje biti eksploatisani. Jedan od mogućih efekata te eksploatacije može biti mentalna bolest kao i suicidno ponašanje (Cockerham, 2003).

---

stanovništva i manje se stigmatizuje. Marginalizovano je prisutnije u ekonomski razvijenim zemljama, i čini ga manji broj ljudi u odnosu na prvu grupu, ali ih nazivaju „neprilagođenim“ ili „socijalnim slučajevima“ i stigmatizacija je snažnija. Diskvalifikujuće je sve učestalije u poslednje vreme, a čine ga grupe isključene iz produktivne sfere koje prate niski prihodi, stambeni i zdravstveni problemi (Filipović, 2018).

31 Primeri su abortus koji se različito shvata, kao i vanbračna trudnoća koja bi za adolescente bila problem, a za odrasle ne bi.

32 Na primer, porodica zavisi od škole koja obrazuje decu, škola od porodice koja pruža emocionalnu podršku, dok obe zavise od države koja treba da omogući bezbednost.

Prema savremenoj teoriji konflikta, socijalni problemi se stvaraju zbog različitih vrsta društvenih konflikata.[33] Najčešći su klasni, rasni, etnički i rodni. Tako kapitalizam stvara pritisak i dovodi ljude u stanje siromaštva, a takvo stanje utiče na razvoj kriminalnog i devijantnog ponašanja. Ekonomska marginalizacija dovodi do frustracije, nedostatka samopouzdanja, osećanja nemoći i otuđenja. Pošto frustracija različito utiče na ljude, neki se *okreću* nasilju i napadaju simbole autoriteta, dok drugi usmeravaju agresiju ka sebi, pokušavaju i izvršavaju suicide. Međutim, *kapitalistički pritisak* nije karakterističan samo u nižim klasama nego i u višim, jer omogućava konstantnu akumulaciju profita, stvarajući moćne monopole i oligopole u ekonomiji. Ovakve ekonomske karakteristike dovode do korporativnih krivičnih dela. Dakle, kapitalizam ne proizvodi samo imovinski kriminalitet, koji često čine nezaposleni iz niže klase, nego je uzrok i drugih vrsta dela (napad, silovanje, ubistva) i različitih oblika devijantnog ponašanja kao što su alkoholizam, mentalne bolesti i samoubistvo (http://samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf).

Rasni konflikt se prepoznaje u formi predrasuda i diskriminacije koju dominantna grupa (uglavnom belci) čini protiv manjina. Zbog nedostatka istog tretmana, manjinske grupe imaju veću stopu nezaposlenosti i siromaštva. Ukoliko su manjinske grupe više diskriminisane, veće su šanse da se njihovi članovi bave kriminalom (Isto). Diskriminacija je takođe povezana sa mentalnim zdravljem i mentalnim bolestima, kao i sa suicidnim ponašanjem.

Zastupnicima teorije konflikta bilo je značajno shvatanje Sasa (Szasz, 1974, 1987. prema Cockerham, 2003) da je mentalna bolest mit i da predstavlja problem življenja. Standardi prema kojima se neko procenjuje kao mentalno oboleo nisu medicinski, već su socijalni, psihološki, etički i pravni. Postavilo se pitanje: Da li psihijatri zastupaju svoje pacijente ili širi društveni poredak? Radikalan pogled iz ove perspektive pokazuje da psihijatrija nije „nedvosmisleno benigna", već funkcioniše „prosto kao vid socijalne kontrole koja deluje da bi zaštitila socijalni *status quo*".

U teoriji konflikta samoubistvo se povezuje sa modernizacijom, rasizmom,[34] siromaštvom i „kulturnim odbacivanjem". Samoubistvo se razu-

33 Savremeni pristupi teoriji konflikta u SAD udaljili su se od shvatanja o klasnoj borbi i usmerili se na kompeticiju među interesnim grupama, kao što su one koje predstavljaju radnike, uprave, geografske regione, političke partije i profesionalne i druge organizovane grupe koje vrše pritisak, uključujući i same vladine organizacije. Zakoni i uredbe vlada posmatraju se kao rezultat borbe za moć među interesnim grupama, a ne kao odraz konsenzusa koji preovladava u široj društvenoj zajednici (Cockerham, 2003).

34 Rasizam je važan faktor za suicid. Iako se navodi da Amerikanci u odnosu na Afroamerikance češće vrše suicid, istraživanja ukazuju da su mladi Afroamerikanci suo-

me i kao čin kojim želi da se ukaže na neophodnost promena,[35] pa tako može da bude i politički determinisano. Modernizacija se povezuje sa povećanim stopama suicida, mada se u istraživanjima nailazi na različite podatke, od toga da je u nekim zemljama ovo značajan faktor, preko toga da je povećana stopa samo za žene. Novija istraživanja ukazuju na povećane stope suicida u Aziji i istočnoj Evropi, na smanjenje u Skandinavskim zemljama, a bez promena u južnoj i zapadnoj Evropi. Ovo je uslovljeno određenim regionalnim i kulturnim faktorima, koji su u stvari protektivni faktori za globalizacijske uticaje (Milner et al. 2012. prema Lester, 2014: 272).

U teoriji simboličkog interakcionizma društvo se posmatra sa stanovišta pojedinca, tj. preko prirode interakcije koju pojedinac ostvaruje sa drugim ljudima. Dakle, društvo je ljudski proizvod, a ljudi su socijalni proizvod, pošto i ljudi i društvo nastaju u trajnom dijalektičkom procesu u kojem ljudska bića i njihovo socijalno okruženje uzajamno i naizmenično deluju i reaguju.[36]

Ljudsko ponašanje je trajan proces definisanja, tumačenja i proračunatih odgovora na postupke drugih i stanja sredine, te je realnost socijalno konstruisana, pošto proističe iz percepcija i akcija uključenih osoba (Cockerham, 2003). Simboličko interakcionistički pristup u teoriji etiketiranja, o kojoj je bilo reči, važan je za razumevanje mentalnog poremećaja i suicida.

3.7.2 Disciplinujuće, totalitarno društvo i samoubistvo

Na početku ovog teksta možemo da postavimo nekoliko pitanja: Kako žive ljudi u Fukoovom disciplinujućem društvu? Da li je ovakvo društvo visokorizično za suicid? Da li je ovo društvo „viši nivo" Dirkemovog društva sa visokim stepenom regulacije koje uslovljava fatalistička samoubistva?

čeni sa odbacivanjem od strane vršnjaka, da žive u siromaštvu, uz često neobrazovane roditelje, nekompetentne za pružanje pomoći, a koji su bili izloženi ili su i sada sličnim iskustvima kao i njihova deca. „Kulturno odbacivanje" mladih Afroamaerikanaca, koje dovodi do osećanja besa i bezvrednosti, može biti važan suicidni faktor (Milner et al. 2012. prema Lester, 2014: 272).

35 Poznati su primeri izvršenja suicida nekih ljudi iz SAD u ime protesta protiv rata u Vijetnamu. Takođe, poznato je samoubistvo budističkog monaha protiv režima u Južnom Vijetnamu.

36 Pojedinci se razumeju kao kreativna i misleća bića, koja svoja ponašanja biraju i ne reaguju mehanički na uticaje socijalnih sila velikog obima (kako je shvatano u funkcionalističkim teorijama). Svi oblici ljudskog ponašanja se *samousmeravaju* na osnovu zajedničkih simboličkih značenja, koja se razmenjuju i koriste u socijalnim situacijama. Proces takve interakcije formira ponašanje na kreativan način, a ne samo kao sredstvo pomoću kojeg se izražava ponašanje (Cockerham, 2003).

U Fukoovom društvu, čiji se koreni vezuju za zatvor, disciplinujuću moć imaju ljudi na višim položajima, koji *jednim pogledom*, putem novih tehnologija, nadziru podređene. Oni takođe odlučuju šta je normalno, a šta nenormalno – *ko je normalan, a ko nenormalan*. Svako kršenje normi, koje su definisane normalizujućim sudovima, dovodi do kazne (pogledati više u: Fuko, M. *Nadzirati i kažnjavati: nastanak zatvora*, 1997). Pošto mnoge oblasti u društvu (škole, bolnice, kasarne) počinju da liče na zatvor, Fuko govori i o zatvorskom društvu (Ricer, 2012: 344–354). U ovakvom društvu postoji zatvorski sistem, kao na primer u psihijatrijskim bolnicama, što je posebno važno za ovu temu jer dolazimo do jedne značajne institucije u kojoj se leče osobe koje su pokušale suicid. Da li je moguće pomoći ljudima ukoliko se u ovim institucijama razvijaju tehnologije disciplinujućeg društva? Fuko je povećanje broja psihijatrijskih institucija razumeo kao način povećanja sposobnosti zdravih da odvoje „lude" od drugih (*normalnih*) i da nad njima vrše represiju. Neophodno je ozbiljno razmotriti Fukoova razmišljanja, koja su vezana za disciplinujuće društvo i njegovo *građenje* psihijatrijskih ustanova na zatvorskim principima, posebno u manje razvijenim zemljama. Ovakvo društvo i ovakve institucije predstavljaju nepovoljan kontekst za mentalno zdravlje i lečenje mentalnih poremećaja.

Autor dalje smatra da totalitarna društva vrše i druge, *posebne* oblike represije na pojedinca.[37] Na ovaj način su mu dugo oduzimala pravo da se ubije. Fuko naglašava da je smatrano (i sada bar od strane određenih religija) da čovek nema pravo da se ubije, da život ne pripada njemu već bogu, zajednici, kralju, robovlasniku. S obzirom da, promenom zakona, samoubistvo više nije krivično delo (sada život pripada čoveku), čovek je dobio pravo da se ubije.[38]

---

37 U totalitarna društva Lester (2014: 272) ubraja i komunističko društvo, za koje je Marks verovao da će biti prvo koje će omogućiti ljudima da izraze svoje pune kapacitete (Ricer, 2012: 61).

38 Sada, kada čovek ima pravo da se ubije, treba mu pomoći da odustane od razmišljanja o samoubistvu i samog čina. Argumenti za ovakav stav nađeni su u praktičnom radu sa osobama koje su pokušale suicid, i koje su u toku jedne ili dve godine rada u grupi promenile mišljenje o samoubistvu. Većina ljudi koji pokušaju suicid, ponekad i više puta, ipak ga ne izvrše. I ovo je argument koji upućuje na neophodnost preventivnog rada, tako da kvalitetan preventivni rad može da se odvija samo u psihijatrijskim institucijama koje ne liče na Fukoove zatvorske sisteme. Takođe, centre za prevenciju, recimo depresije i suicida, treba izmestiti iz ovih institucija u centre za mentalno zdravlje u zajednici. Danas u mnogim razvijenim zemljama postoje grupe samopomoći za osobe koje su preživele suicid, kao i za članove njihovih porodica, a koje su važne u prevenciji suicida. Organizuju se, takođe, psihoterapijske i socioterapijske grupe za rad sa osobama koje su pokušale suicid, kao i porodična terapija u psihijatrijskim i van ovih institucija.

3.7.3 Teorija o hiperpotrošačkom društvu i samoubistvo

Teorija o hiperpotrošačkom društvu i paradoksalnoj sreći u postmodernom društvu Lipoveckog (Lipovetsky, 2008) može da posluži za objašnjenje nastanka nekih fenomena, kao što su depresija, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, ali i suicid. Lipovecki opisuje život u hiperpotrošačkom društvu kao vreme dokolice, hedonizma i groznice komfora. Udobno življenje je postalo masovna strast, najviši cilj demokratskog društva i slavljen ideal. Zato se ekonomija ponude preobratila u ekonomiju potražnje, a preduzeća usmerena na proizvod u preduzeća usmerena na tržište i potrošača. Tako se pojavljuje *homo consumericus,* prilagodljivi i neobični turbopotrošač, oslobođen starih klasnih kultura, nepredvidljiv u ukusima i kupovini, dok „potrošnja funkcioniše kao carstvo bez mrtvog vremena kome se ne nazire kraj" (Lipovetsky, 2008: 7).

Patnja više nema nikakav smisao, jer hiperpotrošač traži psihički komfor, koji može da *postigne* tehnikama sreće i mudrosti kao i lekovima sreće. Međutim, umesto očekivanog ekonomskog napretka, pune zaposlenosti i socijalne zaštite, poslednja decenija XX veka obeležena je socioekonomskim poremećajima koji su uslovili nezaposlenost, minimalne socijalne naknade, mlade ljude bez kvalifikacija, samohrane majke koje rade sa skraćenim radnim vremenom i niskim prihodima. Ovi ljudi nazvani su „razdruženima"[39] u društvu u kome nema klasne svesti, grupne solidarnosti i zajedničke sudbine (Lipovetsky, 2008: 119–120).

Opsednutost potrošnjom i zahtev za poštovanjem dovode do frustracije u odnosu na dominantne životne standarde. Zbog internalizacije potrošačkih vrednosti i normi, ali i nemogućnosti da ih dostignu, mladi iz siromašnijih porodica osećaju se isključenim i frustriranim. Njihovu frustraciju povećava i stalna „konzumacija trgovačke sreće" (reklame proizvoda) kojoj su izloženi preko TV-a. Siromaštvo nije samo nedostatak materijalnih sredstava, već i nedostatak autonomije i plana, što utiče na teskobu, depresivnost i pad samopoštovanja. U hiperpotrošačkom društvu siromaštvo uslovljava osećanje stida zbog različitosti i samoprezir. Siromaštvo „produbljuje psihološki nemir i osećanje promašenosti života" (Lipovetsky, 2008: 124). Ovde se nalazi veza sa maloletničkom delinkvencijom, ali je frustracija mladih i jedan od faktora za suicid. S obzirom da nisu uključeni u dominantnu, a ne mogu uspešno da se uključe u delinkventnu supkulturu, moguće je da jedan broj mladih *uđe* u fazu koju, kao što je već naglašeno, Merton naziva povlačenjem ili retretizmom, a koja može dovesti do suicida.

---

39 Koncept koji je razradio Robert Castel, *Les metamorphoses de la question sociale,* Pariz, Fayard, 1995. (Lipovetsky, 2008: 120).

Međutim, pitanje je kako su u ovakvom društvu prilagođeni ljudi iz viših slojeva, kako se osećaju i ponašaju kada ne mogu da postignu visoke potrošačke i individualističke ciljeve? Da li je i za njih faktor nepostizanja *potrošačke sreće* okidač za suicid? Verovatno jeste. Lipovetsky (Lipovetsky, 2008: 126) ističe da dokle god ljudi budu procenjivali i upoređivali svoj život sa slikom paradoksalne, euforične sreće, pothranjivaće egzistencijalnu teskobu i frustraciju. Tako i Frankl navodi da je samoubistvo povezano sa gubitkom smisla življenja ili egzistencijalnim vakuumom, a da preživeti znači naći smisao i u patnji. Ako nalazimo smisao u životu moramo ga naći i u patnji i umiranju (Allport, 1984: 9). Ovo je glavna ideja egzistencijalizma (više reči o tome će biti u tekstu studije).

3.7.4 *Cost-benefit* teorija i samoubistvo

U *cost-benefit* (cena-dobit) teoriji o samoubistvu govori se o racionalnom pojedincu koji treba da bira *cost-benefit* princip. Ovaj princip generalno podrazumeva izbor između kupovine dostupnih roba i usluga, i akcija koje treba preduzeti. Pojedinac treba da napravi izbor, uzimajući u obzir postojeće resurse i informacije, kojim bi obezbedio sebi maksimalnu dobit. Ovako jednostavan princip treba primenjivati u različitim situacijama, kao što su odlazak na odmor, nastavljanje studija, započinjanje biznisa, pa sve do odluke da se pokuša ili izvrši suicid. U stvari, pojedinac, koristeći *cost-benefit* princip, treba da napravi procenu da li je korisnije (više vredi) da živi ili da umre.

Osoba koja želi da pokuša/izvrši suicid treba da razmotri sledeće situacije: da uloži napor da dođe do informacija o načinima i sredstvima za izvršenje suicida; da proceni da li zarađen novac, a još neisplaćen, može da postane deo troškova zbog pokušaja suicida; treba da uzme u obzir fizički bol i strah; osudu religiozne zajednice posle smrti i cenu gubitka mogućeg budućeg uživanja u životu. Postoji i dobit od suicida koja se odnosi na: prestanak mentalnog bola, dobit koju će drugi imati posle njegove/njene smrti ukoliko ima životno osiguranje; ili *ostavljanje dobre slike* o sebi u javnosti. Samoubistvo može dovesti do prijatnosti, a primer predstavljaju ekstremni sportovi, veoma popularni početkom XXI veka, koji povećavaju adrenalin, pa se smrt razume kao dobit i *prirodni završetak* nečeg prijatnog (Yeh and Lester, 1987; Lester and Yang, 1997; Chen, Choi and Sawada 2009. prema Altinanahtar, Sari, 2012: 225–227).

Smatra se da je teško utvrditi odnos između cene i dobiti od samoubistva, te stoga odluka podrazumeva neizvesnost. Zato se preporučuje

da ekonomska teorija samoubilačkog ponašanja koristi teoriju ponašanja potrošača u uslovima neizvesnosti, što je inače oblast koja se proučava u ekonomiji poslednjih godina.

3.7.5 Model participacije radne snage i samoubistvo

Model participacije radne snage moguće je koristiti i u proučavanju samoubistva (Huang, 1997. prema Altinanahtar, Sari, 2012: 228–229). Prema ovom modelu, pojedinac donosi odluku da li će izaći sa ili ući na tržište rada. Tako i suicidna osoba odlučuje da li će ostati ili napustiti *životno tržište*. Odluka o ostajanju ili izlasku sa tržišta rada zavisi od različitih faktora: visine prihoda, kupovne moći i obezbeđenja stvari koje mogu da povećaju zadovoljstvo, dužine slobodnog vremena, drugih prihoda... Potrebno je praviti kompromise. Pojedinac ulazi na tržište rada birajući optimalnu kombinaciju rada i slobodnog vremena, kao i visinu plate. Tako i *učesnik na životnom tržištu* pokušava da ostvari maksimalnu dobit. Na *životnom tržištu* su važni: ljubav, zdravlje, bezbednost, poštovanje, status, mladost, snaga, roditeljska ljubav, sreća itd. Tako, na primer, da bi zaradio novac, pojedinac mora da se odrekne teškog opijanja i upotrebe droga, kao i svog slobodnog vremena, te da se suoči sa stresom i pritiskom, sve radi postizanja profesionalnih i finansijskih ciljeva. Međutim, ako materijalni i drugi uspesi ne ispune očekivanja, te upravo uslove nezadovoljstvo, ovakva situacija može postati uzrok samodestruktivnog ponašanja.

3.8 Teorija stres-vulnerabilnost u sociološkom diskursu

Ukoliko bi se teorija stres-vulnerabilnost (pogledati više o ovoj teoriji u delu o psihološkim teorijama) *smestila* u sociološki diskurs, socijalna izolacija bi bila stresni faktor, a socijalna podrška protektivni. Dakle, različiti stresni životni događaji (iskustva) smatraju se značajnim za nastanak ovog fenomena. Suicid se objašnjava prisustvom stresa i neposedovanjem veština za preživljavanje (*coping skills*) (Cohen, 1988. prema Fushimi, 2012: 69).

Fušimi (Fushimi, 2012: 69–73) daje klasifikaciju pozitivnih i negativnih društvenih faktora koji utiču na stopu suicida. Smatra da varijable – starost, bračno stanje i razvod, utiču na obe vrste društvenih faktora. Važnim indikatorima, pored ova tri navedena, smatra i participaciju žena na tržištu rada, stopu nataliteta, prihode, sastav domaćinstva, socijalnu in-

tegraciju, nezaposlenost. Indikatorima porodične integracije smatra: stope razvoda, bračni status, stopu nataliteta i sastav domaćinstva. Zavisno od stepena povezanosti svakog faktora u klasifikaciji, stopa samoubistva raste ili opada. U rizične (negativne) socijalne faktore ili stresore ubraja socijalnu izolaciju, navodeći kao primere Dirkemovo anomičko i egoistično samoubistvo i negativne socijalne relacije (altruističko i fatalističko samoubistvo).

U protektivne (pozitivne) ili *coping* resurse svrstava socijalnu podršku, uključenost, socijalnu integraciju i regulaciju.[40] Potom navodi rezultate istraživanja koji potvrđuju značaj datih indikatora. Znači, suicid češće vrše starije osobe, muškarci, razvedeni/e (više muškarci) u zemljama sa nižim stopama bračnosti i nataliteta. Brak je protektivni faktor (više za muškarce), kao i šira socijalna mreža. Što se tiče žena, postoje dva različita mišljenja. Jedno je da zaposlenost povećava stres, i za ženu i za članove porodice, tako da se povećava i stopa suicida. Prema drugom, upravo povećana društvena participacija, odnosno zaposlenost, utiče na povećanje socijalnih kontakata i kvaliteta života, smanjuje stres i stopu suicida (Isto, 2012).

U nekim studijama pronađena je pozitivna korelacija između nezaposlenosti i suicida, dok u drugima nije ili je nađena samo za muškarce, nasuprot ženama i mladima. Postoje istraživanja koja ukazuju na povezanost između veće stope bankrotstva u nekim oblastima i viših stopa suicida. Rezultati istraživanja povezanosti između veličine domaćinstva i stope suicida takođe su različiti. Neki ukazuju na pozitivnu korelaciju tj. povezanost velikih domaćinstava sa višom stopom samoubistva. Drugi navode da je manja stopa suicida kod žena povezana sa većim domaćinstvom, dok kod muškaraca ova veza nije nađena. Što se tiče povezanosti između visine prihoda sa stopom suicida, nalazi su različiti i kreću se od pozitivnih (viši prihod – veća stopa suicida) do negativnih korelacija (viši prihod – manja stopa suicida). Visina prihoda je više povezana sa stopama suicida muškaraca nego žena i mladih.

Ekonomska nejednakost utiče na nivo zdravlja (pojačava stres) i stopu mortaliteta, i kod pojedinaca i na nacionalnom nivou, ali nije nađena značajna povezanost između nejednakih prihoda i stope suicida na nacionalnom nivou (Fushimi, 2012: 69–73).

---

40 Prisustvo snažnije integrisanosti među višim društvenim slojevima nađeno je 1980-ih. Kod nižih slojeva je samo snažnija rodbinska povezanost, dok su kod viših razvijeniji različiti socijalni kontakti (u i različitim društvenim asocijacijama). *Relaciona izolovanost* je češća u nižim slojevima „te se socijalna hijerahija samoubistva poklapa sa socijalnom hijejrarhijom socijabilnosti" (Filipović, 2018: 181).

3.9 Novija sociološka istraživanja samoubistva: teorija i metodologija

U poslednje dve decenije unapređeno je istraživanje samoubistva i samoubilačkog ponašanja u društvenim naukama, kako u teorijskom tako i u metodološkom smislu i interdisciplinarnosti. Dirkemov uticaj je i dalje prisutan i značajan za teorijski razvoj, posebno povezanost između socijalne integracije i stope suicida. Pod socijalnom integracijom istraživači podrazumevaju kvalitet i kvantitet socijalnih veza između pojedinaca, u lokalnoj zajednici i šire u društvu. Većina istraživača smatra da je u današnjem modernom društvu češće prisutna nedovoljna (niska) integracija, nego visoka, pa su i altruistička samoubistva znatno ređa. Prema istraživanjima, bračni status se pokazao najvažnijim indikatorom za samoubistvo.

Kritika Dirkemove teorije odnosi se na isticanje društvenih činjenica i socioloških varijabli u objašnjenju samoubistva, a zapostavljanja povezanosti sa alkoholizmom i drugim psihoaktivnim supstancama i mentalnim bolestima.[41] Danas se ova teorija dopunjava uključivanjem drugih važnih faktora za suicid, kao što su alkoholizam i zavisnost od drugih PAS, mentalne bolesti i imitacija. Sociolozi takođe koriste i neke kriminološke teorije da bi objasnili samoubistvo, kao što je teorija različitih mogućnosti (prilika).[42] Značajan pomak je u tome što sociolozi nastoje da konstruišu novu teoriju o samoubistvu, uključujući saznanja drugih nauka, kao i nove faktore pored onih do sada istraživanih. Što se metodologije tiče, ranije dizajnirane studije, pre 1990. godine, koristile su ekološke baze podataka, npr. iz pojedinih okruga, oblasti, regiona. Od 1990-ih sve više pažnje se obraća na mikro nivo u objašnjenju suicida (Kposowa, 2012: 75–76).

Poslednjih godina se koriste multidimenzionalni modeli u kojima je moguće prikazati uticaj kontekstualnih varijabli i izbeći probleme zaključivanja na osnovu ekoloških podataka. Multidimenzionalni dizajn koristi i individualne i ekološke jedinice u analizi suicida, što znači da je moguće analizirati i individualne faktore rizika za suicid, posebno u longitudinalnim istraživanjima, kao i društvene i ekonomske. Međutim, najveći problem predstavlja to što i pored postojanja podataka o mortalitetu u nacionalnim bazama, naučna istraživanja zahtevaju veći broj varijabli

41 Skog (1991. prema Kposowa, 2012: 76), analizirajući podatke koje je Dirkem koristio za pisanje studije o samoubistvu, našao je da postoji povezanost između konzumacije alkohola i samoubistava koje Dirkem nije uzeo u obzir.

42 Ukoliko su prilike za izvršenje suicida veće i stopa će biti veća. Fokus je na sredstvima za izvršenje suicida, npr. posedovanje oružja. Istraživanja ukazuju na povezanost između viših stopa suicida sa posedovanjem vatrenog oružja.

na individualnom nivou, koje se zbog zaštite privatnosti ne unose u baze (Kposowa, 2012: 76–78).[43]

U sledećem delu teksta biće analizirane važne sociološke varijable za suicidno ponašanje, kao što su demografski i socioekonomski faktori. Reč je o godinama starosti, polu i rodu, bračnom i radnom statusu, obrazovanju, zanimanju, življenju u urbanim i ruralnim sredinama. Potom sledi deo u kome se, pored radnog statusa, razmatraju uslovi rada i zlostavljanje na radnom mestu (mobing).

43 Iako se društveni činioci smatraju važnim suicidogenim faktorima, sama društvena etiologija je teško uhvatljiva, pa je tako pronađeno da države u tranziciji potresa epidemija (anomičkih) suicida, koja se takođe dešava i u Japanu (Takehiko et. al. 2006).

4. Demografski i socioekonomski faktori i suicid

4.1 Rod i suicidnost

Globalni podaci ukazuju da je samoubistvo jedan od vodećih uzroka smrti u skoro svim uzrastima i da je posledica većeg broja žrtava u odnosu na ubistva i rat. Na osnovu izveštaja SZO, u 2016. godini ukupan broj izvršenih suicida iznosio je 800.000. Preko 80% umrlih pripadalo je starosnoj kategoriji ispod 70 godina. Na globalnom nivou, 1,8 puta više muškaraca izvrši suicid u odnosu na žene, dok u zemljama sa visokim prihodima 3 puta više. U evropskim zemljama stope suicida kreću se od 1,7 u Azerbejdžanu do 33,5 u Litvaniji.[44] Ipak, u poslednjih 20 godina stopa suicida se smanjila u razvijenim evropskim zemljama (WHO, 2016: 62–64; WHO, 2006. prema Masocco et al. 2008: 276).

U Srbiji je, prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, u 2014. stopa suicida iznosila 16,8, a u 2015. godini 17,0 (WHO: 2016: 64; WHO: 2017: 61). U periodu 1990–2014. dve trećine suicida su izvršili muškarci (70,7%), a primećen je opadajući trend suicida, ali više prisutan među

44 Prema Inglhartovoj kartografiji, snažan tradicionalizam vezuje se za niže stope suicida i u siromašnijim i u bogatim zemljama. Zemlje sa slabim tradicionalizmom, a nedovoljno razvijenim kreativnim individualizmom, imaju više stope – Finska 43,4; Švedska 30,9; Francuska 30,4; Danska 24,2 (Filipović, 2018: 176).

ženama.[45] U jednom kratkom periodu se kod muškaraca, i to u vreme rata na prostorima bivše Jugoslavije (1993. u odnosu na 1992), broj suicida smanjio za 2,9%, a broj suicida žena povećao za 2,4% (Penev, 2016: 159, 161).

Primećene su značajne rodne razlike među osobama koje su pokušale i izvršile suicid. Tako muškarci češće vrše suicid od žena, a ova razlika raste sa starošću muškaraca. Žene češće od muškaraca imaju suicidne misli, depresivni poremećaj i pokušaje suicida. Bez obzira što je suicid u mnogim kulturama muški fenomen, u nekim kulturama je rodna razlika u stopama suicida manja, kao npr. u Kini, Singapuru i na Filipinima, nešto veća u zemljama istočne Evrope, a najveća u Čileu i Portoriku (O'Riley, Smith, 2012). Na osnovu toga, može da se zaključi da na stopu samoubistva i rodne razlike utiče socijalni kontekst. U stvari, prevalenca samoubistva je određena sistemskim, kulturnim i ličnim faktorima. Treba uzeti u obzir i druge faktore koji utiču na rodne razlike u stopama suicida, kao što su etnicitet, seksualna orijentacija, manjinske grupe, mlade žene u zemljama u razvoju, autohtone grupe mladih muškaraca. Inače, kada govorimo o rodnim razlikama[46] u stopama suicida neophodno je da razmatramo *rodnu socijalizaciju.*[47]

Ako se vratimo jedan vek unazad u razmatranju rodnih razlika, saznajemo da su studije iz XIX veka našle da su žene bile zaštićenije od suicida zbog vezanosti za domaćinstvo. Smatralo se da su bile manje izložene stresu, poslovima van kuće i teškoćama izdržavanja porodice u odnosu na muškarce. Pretpostavljalo se da muškarci nisu delili poslovne probleme i nevolje sa novcem sa svojim ženama. Međutim, bilo je i drugačijih mišljenja, i to da su teške životne situacije, posebno finansijske, bile vidljive u domaćinstvu i da su i žene nosile teret. Ideje o kućnom blaženstvu žena nisu tačne, jer su žene imale niz nevolja i pokušavale su suicid znatno češće od muškaraca. U literaturi se ova razlika naziva rodni paradoks, tako da su neuspešna samoubistva ili pokušaji suicida skoro nevidljivi u istoriji (Weaver, 2009: 215–216).

---

45 U periodu od 25 godina stopa suicida muškaraca (na 100.000) kretala se u intervalu od 21,7 do 29,3, a žena od 7,6 do 13,7, što pokazuje da je maksimalna godišnja stopa suicida žena bila niža od minimalne stope suicida muškaraca (Penev, 2016: 162).

46 Rod se odnosi na društveno i kulturno konstruisane parametre ponašanja i očekivanja koji su tradicionalno vezani za dva pola.

47 Ženski identitet se, pre svega, povezuje sa materinstvom i brakom, te se još male devojčice „pripremaju" za „ulogu majke" (igrajući se lutkama), dok se kasnije očekuje realizacija „uloge majke" (*materinski mandat*) kao centralne rodne uloge koju karakterišu odgovornost, briga i posvećenost deci. Sledeća važna uloga je „uloga supruge" (*bračni mandat*) koja je povezana sa obavljanjem svih kućnih poslova i preuzimanjem odgovornosti za domaćinstvo (Doyle, Paludi, 1995: 94).

U određenim kulturama, suicidno ponašanje starijih muškaraca shvata se kao čin koji je u skladu sa muškim normama ponašanja,[48] a takođe je i medijski podržano, te je moguće govoriti i o imitaciji. U SAD se često izveštava o samoubistvima poznatih i uglednih starijih muškaraca Amerikanaca. Analizom sadržaja novinskih članaka primećene su sledeće teme: samoubistvo zbog sprečenosti da se praktikuju tipične muške aktivnosti, zbog problema sa prilagođavanjem procesu starenja i samoubistvo kao racionalan izbor. Tako se na samoubistvo muškaraca u Zapadnim kulturama gleda kao na muški akt i odgovarajući izbor za starije muškarce, a posebno za one koji pate od neke somatske bolesti ili invaliditeta. Samoubistvo je suprotstavljeno stanju laganog nefunkcionisanja i gubitaka aktivnosti zbog bolesti, koje je „tipično" za žene (Canetto, 2008. prema O'Riley, Smith, 2012: 126)

Suicidno ponašanje muškaraca (manje žena) često se povezuje sa zloupotrebom i zavisnosnošću od alkohola, što je i dokazano u mnogim studijama o kojima će biti reči u tekstu. Prema projekcijama istraživača, trostruko će se povećati zloupotreba supstanci do 2020. u populaciji od 50 i više godina, uključujući alkohol, lekove i nelegalne droge (Kenna, 2010). S obzirom da muškarci u većini zemalja češće od žena zloupotrebljavaju ili su zavisni od alkohola, kao i drugih PAS, i to u odnosu od 3:1 do 8:1, i ovaj faktor treba uzeti u obzir kada se razmatraju polne i rodne razlike i stope suicida. Socijalizacija muškaraca u tzv. *suvim kulturama* posebno je problematična. Opijanje muškaraca se očekuje i podstiče u svim prilikama i povezuje sa muškošću, društvenošću, lojalnošću grupi i hrabrošću. Tako su kultura i društvo glavni podstičući faktori za inicijaciju, početak pijenja muškaraca, a delom i za zavisnost od alkohola, uz druge faktore. Upotreba alkohola, zbog svih navedenih problema, predstavlja dodatni visokorizičan faktor za suicid.

Muškarci imaju različite motive za suicidno ponašanje u odnosu na žene, ali motivi se menjaju i sa godinama starosti. Tako mlađi muškarci češće imaju „romantične motive", a u pitanju je prekid emotivne veze ili neostvarena ljubav, dok su to u srednjim godinama nezaposlenost, loš materijalni status i alkoholizam, a u starijem dobu je narušeno zdravlje (Weaver, 2009: 162). Kod starijih osoba oba pola rizični suicidni faktori su somatske bolesti i funkcionalna nesposobnost. Ipak, somatske bolesti predstavljaju rizičniji faktor za muškarce (O'Riley, Smith, 2012: 126).

---

48 Za razliku od žena, muški identitet nije čvrsto povezan sa brakom i očinstvom, a u *suprotnosti* je sa femininim karakteristikama, koje uključuju npr. vulnerabilnost. Brannon (prema Doyle, Paludi, 1995: 95–97) daje četiri kategorije muških rodnih normi: uspeh, status, dobar izgled; pouzdanost, samopouzdanje, žilavost; agresivnost, odvažnost, snaga; seksualnost izražena kroz inicijativu i kontrolu seksualnog odnosa.

Ispitivanja motiva za suicid u kliničkoj populaciji ukazuju da je istorija psihijatrijskih hospitalizacija rizičan faktor i kod muškaraca i kod žena, ali se kod muškaraca ova povezanost pojačava drugačijim faktorima u odnosu na žene. Pojačavajući faktori, uz psihičke poremećaje, pre svega su društveni, a potom lični. U pitanju su: nezaposlenost, penzionisanje, odsustvovanje sa posla zbog bolesti i samački život muškarca. Uz ove faktore navode se i impulsivnost, agresivnost, upotreba PAS. Kod žena su negativna iskustva iz detinjstva značajniji rizični faktor za suicidno ponašanje u odnosu na muškarce, dok je imanje malog deteta važniji protektivan faktor nego kod muškaraca.

Ipak, prema nekim istraživanjima, loša finansijska situacija pojavljuje se kao motiv za suicidno ponašanje kod oba pola. Mladi muškarci koji imaju suicidne ideje imaju i veći nivo depresije i zloupotrebe PAS u odnosu na devojke. Kod devojaka je, uz depresiju, prisutan strah od povrede i smrti, više nego kod momaka. Međutim, devojke navode i razloge za život koji su svakako protektivan faktor. Ono što je bitno za rodne razlike u stopama suicida kod muškaraca je strah od društvenog neodobravanja, netraženje pomoći od drugih za nastalo stanje, viši nivo impulsivnosti i besa u odnosu na žene. Ipak, prediktori za suicidne ideje isti su kod mladih oba pola (Haatainen et al. 2003; Rich et al. 1992. prema Gann, Lester, 2014: 54).

U Srbiji je znatno viša stopa suicida muškaraca u odnosu na žene. Jedan od faktora za ovakvu razliku u stopi je i tranzicija koja se smatra visokorizičnim društvenim suicidnim faktorom. U tradicionalnim društvima, tranzicija je više povezana sa suicidom muškaraca.

Iz istraživanja o „muškarcima u Srbiji“[49] (Hughson, 2018: 1, 14–16) starosti 18–60 godina, dobijamo podatke koji bi mogli da predstavljaju i rizične faktore za suicid. Osim podatka da se jedna petina muškaraca ponekad oseća depresivno i izgubljeno, „osećaju stres, nervozu i anksioznost“, te konzumiraju alkohol, muškarci su imali i iskustva ratne traume,

49 U pitanju je nacionalno reprezentativan uzorak koga je činilo 1.060 muškaraca i 540 žena. Saznajemo sledeće o sociodemografskim karakteristikama muškaraca, i to da je: najobrazovanija generacija stara između 31 i 40 godina; 35.6% ima više ili visoko obrazovanje; najobrazovaniji su najčešće zaposleni (72.9%); nezaposlenih je 20.2% u starosnoj kategoriji 25–30. Preko 40% je neoženjenih, dok svaki stoti muškarac u Srbiji živi sa muškim partnerom, a preko 1/3 sa roditeljima, bratom ili sestrom. Prosečni prihodi iznose 44.500 dinara. Primarni izvor prihoda je zvanična zaposlenost, a dodatni izvor prihoda je često (50.9%) poljoprivreda. Većina smatra da njihova porodica/domaćinstvo pripada radničkoj klasi (43.5%), a 1.5% „društvenoj eliti“. Više od trećine ispitanika (36%) bi emigriralo iz Srbije. Muškarci su četiri puta češće od žena trpeli posledice mučenja i prebijanja, pet puta češće su bili ozbiljno ranjeni u ratu i četiri puta češće su bili svedoci mučenja i prebijanja. Samo 31.2% muškaraca nikada nije pilo više od 5 alkoholnih pića u jednoj prilici, a oko 40% je koristilo druge PAS.

uz nezaposlenost, niske prihode, nezadovoljstvo i želju da imigriraju. Većina je takođe odrastala u tradicionalnim porodicama sa istom takvom podelom uloga i očekivanjima da muškarac zarađuje, bude uspešan i slično. Svi ovi faktori utiču na mentalno zdravlje, a dodatno otežavajući faktor predstavlja manja spremnost za obraćanje stručnjacima za pomoć u vezi sa mentalnim zdravljem u odnosu na žene.

U periodu 2006–2010. u Srbiji je izvršeno ukupno 6.673 suicida, od toga su 71,9% bili muškarci i 28,1% žene (prosečna stopa 18,15), što ukazuje na odnos 2,56:1, koji se približava najvišim primećenim razlikama na globalnom nivou koje iznose 3 i malo preko.[50] Najviša stopa je među muškarcima starosti od 55 do 64 godine i generalno starijima od 75 godina, a posebno muškarcima kod kojih se smanjuju sposobnosti za zadovoljavanje različitih potreba. Stoga program prevencije suicida treba da bude više usmeren na mušku populaciju (Dedić, 2014: 266–267).

Postoje različita mišljenja o povezanosti rodne jednakosti sa mentalnim zdravljem. Jedno je da bi veća rodna jednakost na makro nivou uslovila bolje mentalno zdravlje žena, a povezano sa tim i manje stope pokušaja suicida. Prema nalazima u SAD, u zemljama sa nižom ravnopravnošću između polova, viši je stepen morbiditeta i mortaliteta i viši stepen patrijarhata povezan je sa većim stopama smrtnosti. Ima i suprotnih nalaza, i to o negativnim efektima rodne ravnopravnosti koji su uslovili veće opterećenje žena, a kod muškaraca doveli do gubitka starih privilegija (Backhans et al. 2007). U društvima u kojima vladaju patrijarhalni obrasci, žene koje imaju viši stepen moći imaju i više zdravstvenih problema zbog preopterećenosti kućnim i poslovnim obavezama (Bambra et al. 2008, Van de Velde et al. 2010). Postoje istraživanja koja su našla da se u rodno ravnopravnijim društvima muško ponašanje kompenzuje brzom vožnjom, zloupotrebom alkohola i agresivnim ponašanjem, ali kod muškaraca iz niže klase (Backhans et al. 2007, Connell 1995, Sabo and Gordon, 1996), dok je ovakvo ponašanje prisutno i kod žena, ali iz više klase (Stets, Burke 2005, Ferraro 2010. prema Van de Velde et al. 2013).

Društveno konstruisana očekivanja mogu biti rizični faktori za suicidno ponašanje, te da naruše mentalno zdravlje i blagostanje. Primer je „muška rodna uloga", kojom se potvrđuje stereotipna maskulinost (snaga, ravnodušnost, nepovredivost, uspeh) i uključuju obrasci ponašanja koji podrazumevaju suzbijanje emocija. Ponašanje koje podrazumeva neustrašivost (preuzimanje rizika) i neuništivost takođe pojačava rizik za suicid. Osobe čije ponašanje nije prilagođeno rodnim očekivanjima i koje trpe

50 Osobe koje izvršavaju suicid u najvećem broju su u braku, srednjeg obrazovanja i srpske nacionalnosti. Najčešći načini vršenja suicida su vešanje i davljenje, potom kod muškaraca upotreba vatrenog oružja, a kod žena trovanje medikamentima.

odbacivanja, stigmatizaciju i socijalnu izolaciju, u većem su riziku za suicid, depresiju i zloupotrebu PAS.

4.2 Godine starosti i suicidno ponašanje

4.2.1 Suicidno ponašanje starijih osoba

Godine starosti predstavljaju važan faktor rizika za suicidno ponašanje. Utvrđeno je da su stope suicida više u zemljama u kojima živi veći broj starijeg stanovništva i u kojima je niža stopa nataliteta (Lester, 2012: 144). Stope samoubistva su se menjale kroz vreme i povezane su sa socijalnim varijablama, ali starost i dalje ostaje značajan rizičan faktor, te se samoubistva starijih osoba smatraju i ključnim problemom javnog zdravlja. U ovoj populaciji često se javlja depresija (više kod žena) koja je značajno povezana sa samoubistvom. Onemogućavanje ranog otkrivanja depresivnih simptoma i brzih intervencija uslovljeno je pogrešnim verovanjem da je takvo stanje normalno. Često prisutan stav da suicidne misli i depresija predstavljaju *prirodni proces starenja* nađen je i kod samih starijih i kod članova njihovih porodica (Institute of Medicine, 2002).

Prema novijim međunarodnim statističkim podacima, samoubistvo se, kao uzrok smrtnosti u populaciji starijih, nalazi na 13 mestu, ali stope samoubistva rastu sa godinama starosti kod oba pola, posebno u starosnoj grupi od 75 godina i preko. U SAD najviše stope suicida imaju muškarci stariji od 85 godina (48,7). U Kanadi je opšta stopa samoubistva 11,9, dok među starijim muškarcima iznosi 22,7, a među ženama 5,5. Standardizovane stope suicida starijih u zemljama EU (1980–2006) kreću se za muškarce od 39,13 do 54,52, a za žene od 13,9 do 17,27. Kod starijih članica EU stopa se vremenom smanjivala od 26,52 do 17,67 (Amore et al. 2012: 268).

U Srbiji su u periodu 1990–2014, od ukupnog broja samoubistava, skoro 50% izvršile osobe starosti 60 i više godina, dok se njihov broj u poslednjem posmatranom petogodišnjem periodu povećao (od 47% na 52%). U ovom periodu, stanovništvo Srbije bilo je u procesu intenzivnog starenja, te je povećanje mortaliteta i umrlih usled samoubistva uslovljeno smanjenjem dela stanovništva kojem pripadaju mladi i sredovečni. Prema načinu izvršenja suicida, među starijima je najzastupljenije vešanje i davljenje ili utapanje, a među mladima skok sa visine i upotreba vatrenog oružja (Penev, 2016: 164–166, 169, 205).

Prema istraživanjima u Srbiji (Knežić i Savić, 2010) najčešći uzroci samoubistva starijih osoba su usamljenost, zanemarenost, smrt bračnog

partnera, siromaštvo[51] i alkoholizam. Često se nailazi i na nekoliko udruženih rizičnih faktora kao što su starost, siromaštvo i bolest. Nerazumevanje i zanemarenost starijih mogu biti posledica loše socijalizacije njihove dece. Milić (1988) smatra da je upravo loša socijalizacija, prisutna decenijama unazad, doprinela negativnom stavu mladih prema starima kao onima *koji još jedino treba da umru*. Zbog načina vaspitanja, koji nije uključivao emocije, nežnost i pažnju prema deci (karakteristična za početak 20. veka do 1970-ih), došlo je do *bumerang efekta* tj. nemanja sluha dece za roditeljske potrebe u starosti.

Prema našem istraživanju, rizični faktori za pokušaj suicida starijih osoba (Dragišić Labaš, 2013) koje su hospitalizovane u psihijatrijskoj bolnici[52] su: usamljenost, velike finansijske teškoće, loši odnosi sa decom, prisustvo psihičkih poremećaja, teška organska bolest, smrt bliske osobe (deteta), penzionisanje, zlostavljanje od strane člana porodice, odlazak dece iz porodice, demencija, zavisnost od alkohola. Na osnovu podataka napravljena je i klasifikacija rizičnih faktora za pokušaj suicida. U pitanju su sledeći faktori: *zdravstveni* (gubitak fizičkog i/ili psihičkog zdravlja); *ekonomski* (velike finansijske teškoće); *porodični* (koji su povezani sa porodičnom disfunkcionalnošću – niskim nivoom kohezije i lošom komunikacijom, zlostavljanjem i sa životnim ciklusom); *socijalno-psihološki* (osećanje usamljenosti, uslovljeno nemanjem prijatelja, sve do socijalne izolovanosti).

Nađene su određene razlike u faktorima rizika kroz dva vremenska perioda, koje se mogu posmatrati i iz ugla *specifičnosti* vremena u kome su rađena istraživanja. U pitanju je izostanak izbeglištva kao rizičnog faktora u drugom istraživanju, ali je razbuktavanje ekonomske krize i nezaposlenost mladih uticala da se struktura porodice menja ili *vrati na staro.* Tako je jedan broj ispitanika izjavio da su se njihova deca vratila u primarnu porodicu sa svojom novoformiranom porodicom. Polovina ovih ispitanika je manje usamljena zbog povratka dece, dok je druga polovina doživela zlostavljanje od strane članova, sada proširene porodice. Izdvojena su tri događaja sa najvećom učestalošću za suicidno ponašanje među starijima

51 Sociolozi u poslednjih par decenija ističu da „društveni život ulazi u telo", te da klasna pripadnost određuje i dužinu života, u stvari, da stope mortaliteta (kao i stope suicida) prate socijalnu hijerarhiju (Filipović, 2018: 169).

52 Cilj rada bio je da ispita povezanost između stresnih životnih događaja i pokušaja suicida. Uzorak je činilo 30 ispitanika, 20 žena i 10 muškaraca, starosti preko 65 godina (65–80) koji su hospitalno lečeni u psihijatrijskoj bolnici u periodu 2007–2011. Od instrumenata su korišćeni kratak upitnik o sociodemografskim karakteristikama i Pajkelova (Paykel et al. 1971) skala životnih događaja. Dobijeni rezultati su upoređeni sa ranijom studijom rađenom u periodu 1995–1999. godine u istoj bolnici u kojem su korišćeni i isti instrumenti.

– osećanje usamljenosti, velike finansijske teškoće i loši odnosi sa decom. Smatramo da su ovo ključni socijalno-psihološki, socijalni i porodični problemi na kojima treba raditi.

4.2.2 Suicidno ponašanje adolescenata i mladih odraslih

Adolescencija predstavlja period intenzivnih promena (fizičkih, intelektualnih, seksualnih) na putu ka razvoju „novog" identiteta, kroz koji jedan broj mladih prođe mirno, a drugi burno. Ovaj put je i individualno i socijalno trasiran, što znači da je odrastanje interakcija između adolescenta i okruženja. Ova starosna kategorija (12–20) je heterogena, a biološki i socijalni faktori utiču na njen razvoj, ponašanje i prilagođavanje. Adolescenti u tom procesu često doživljavaju anksioznost i zato su im potrebni odrasli koji mogu da razumeju ovakvo ponašanje i da im pomognu na odgovarajući način. Za ovaj nestabilan period[53] potrebno je stabilno i čvrsto vođstvo. Ukoliko su objekti (institucije) podrške neadekvatni ili odsutni moguće su dve vrste ponašanja – nasilno ili depresivno i samopovređujuće. Anksioznost, nizak nivo samopoštovanja i problem sa kontrolom impulsa predstavljaju značajne faktore koji povećavaju sklonost ka rizičnom ponašanju koje se često javlja u adolescenciji[54] (Aleksić, Pejović-Milovančević, 2005: 49–52; Bradić, 2005: 110; Raleva, 2005: 90; Skiner, Kliz, 2000: 277).

Tako i upotreba psihoaktivnih supstanci spada u rizična ponašanja. Pod dejstvom supstance, koje je samo po sebi rizično jer može dovesti do ozbiljnih posledica po zdravlje adolescenta, mogu se odvijati i druga rizična ponašanja, poput vožnje pri velikim brzinama i čestog praktikovanja nezaštićenih seksualnih odnosa (Healey, 2012: 2). Zloupotreba PAS takođe je značajno povezana sa suicidnim ponašanjem među adolescentima i mladim odraslim.

Prema izveštaju SZO, suicid među mladima starosti od 15 do 29 godina, drugi je po redu uzrok smrtnosti, posle saobraćajnih nesreća. U poslednjih 12 godina primećeno je smanjenje za 9%, posebno u evropskom i zapadno-pacifičkom regionu, dok je u 50 država primećeno povećanje, među kojima ima i država sa visokim prihodima. Smanjenje broja suicida

53 Nestabilan period (kod adolescenata), kako ga je nazvao Skiner (2000: 277), karakterišu u jednom trenutku samouverenost, želja za nezavisnošću i slobodom, a u drugom nesigurnost, bespomoćnost i traženje podrške.

54 Rizična ponašanja nisu patološka po sebi, i mogu predstavljati normativni deo razvoja, ali mogu biti osnov za kasniju psihopatologiju. Podrazumevaju povremena odstupanja od prihvaćenih normi, različite eksperimente, ali i rizike za pojedinca i njegovu okolinu. Smatraju se opasnim ukoliko se pojave u procesu ranog razvoja – pre 15 godine, vrše u grupi koja podržava takvo ponašanje, i ukoliko je povezano više vrsta rizičnih ponašanja (Tomori, 2005: 79–80).

povezuje se sa dekriminalizacijom samoubistva i traženjem pomoći zbog suicidnih misli, lečenjem depresije, dostupnošću psihijatrijskih i psihoterapijskih usluga u razvijenim zemljama, ali i sa nedostupnošću sredstava za izvršenje suicida (WHO, 2016: 62–64).

U SAD se broj adolescenata od 1950, kada je stopa iznosila 4,5 (na 100.000), utrostručio do 1990. (13,5), a od 1990-ih postao treći po redu uzrok smrtnosti u ovoj populaciji. Jedan u 200 slučajeva pokušaja suicida među mladima završava se smrtnim ishodom, dok više od jedne trećine pokušaja samoubistva dovodi do ozbiljnih povreda (Molina, Duarte, 2006: 409; Bearmen, Moody, 2004: 89). Stopa samoubistva među adolescentima u Srbiji 1980-ih udvostručena je u odnosu na 1950, dok je prema novijim podacima (1990–2014) među umrlim usled samoubistva 9,5% mladih starosti do 30 godina, a dece i adolescenata (10–19) 2,2%. Međutim, u populaciji mladih i adolescenata visoka je zastupljenost suicida u odnosu na njihov ukupan mortalitet i iznosi 8,9% (Penev, 2016: 169).

Među mladima je, u odnosu na srednju generaciju i starije, znatno češće samopovređivanje,[55] koje praktikuju na različite načine: zasecanjem ruke, uzimanjem prekomernih količina propisanog ili drugog leka i nanošenjem opekotina po koži cigaretom ili upaljačem. Samopovređivanje je češće među mladima koji su iskusili emotivno, fizičko i seksualno zlostavljanje i među devojkama u odnosu na muškarce. Nažalost, i samopovređivanja mogu dovesti do smrtnog ishoda (Healey, 2012: 1–3).

Samopovređivanja i pokušaji suicida među adolescentima povezuju se sa zloupotrebom alkohola ili današnjom novom kulturom pijenja – *binge drinking*.[56] Mladi često žele da postignu izmenjeno stanje uma uz pomoć konzumacije velikih količina alkohola. Smatra se da mladi danas sve intenzivnije koriste alkohol i droge da bi se *odvojili od samih sebe* i jednolične svakodnevice, te da je do snažne društvene ekspanzije „veštač-

55 Samopovređivanje može biti blago do umerenog. Predstavlja *odgovor* na emocionalni bol i uglavnom se samopovređivanja ne završavaju fatalnim ishodom, niti postoji takva namera. Cilj je nanošenje štete samome sebi, a ne samoubistvo. Ukoliko se dogodi da samopovređivanje ima za ishod smrt, tretira se kao izvršen suicid, iako osoba nije imala tu nameru.

56 *Binge dinking* se najčešće definiše medicinskom definicijom – kao pijenje (ekscesivno, zloupotreba alkohola) koje prelazi preporučene granice u kratkom vremenskom periodu (ispijanje velikih količina na mah). Obično se misli na 5 i više od 5 pića. Prema nalazima, upotreba alkohola, kao i ovakav način konzumacije, povezan je sa različitim vrstama devijantnog i kriminalnog ponašanja mladih. Više studija, kao i zvanični statistički podaci, ukazuju da je pijenje mladih povezano sa kriminalom, kao i sa rizičnim seksualnim ponašanjem, neplaniranim trudnoćama maloletnica, lošim uspehom u školi, psihičkim i psihijatrijskijim problemima. Najveći broj nasilničkih dela – huliganski ispadi i vandalizam, mladi su počinili pod dejstvom alkohola (MacKintosh, Moodie, 2010; Ignjatović, 2011. prema Dragišić Labaš, 2017: 69).

kog raja“ dovelo osećanje teskobe, izazvano prazninom i nemogućnošću socijalnog stapanja, kao i hedonizacija[57] običaja. Znači, ove supstance nisu više samo sredstva za opuštanje, koliko sredstva za bežanje od sebe i drugih (i društva). Potreba za konzumacijom psihoaktivnih supstanci (PAS) nije više motivisana isključivo hedonizmom, već postaje sredstvo za olakšavanje psihičkog, socijalnog i društvenog rastrojstva (zbog povećane emocionalne ranjivosti, osećanja usamljenosti i problema u relaciji sa samim sobom i drugima; otežane separacije i socijalne tranzicije – nezaposlenosti, porodičnih, materijalnih i stambenih problema...) (Lipovetsky, 2008: 154–156 prema Dragišić Labaš, 2017: 70). U ovako specifičnim stanjima, koje bismo nazvali stanjima smanjene kontrole, dolazi do lakše odluke da se realizuju suicidne ideje.

Prema podacima istraživanja rađenog u Srbiji, kod 80% adolescenata koji su se samopovređivali (lečenih na klinici) nađena je zloupotreba PAS.[58] Adolescenti se suočavaju sa veoma snažnim emocijama i odlučuju se na samopovređivanje jer im to donosi naglo olakšanje i sniženje anksioznosti do nivoa koji im je prihvatljiv. Intenzivno osećanje emocionalnog bola smanjuje se fizičkim povređivanjem, zbog čega većina ispitanika ne oseća bol. Samopovređivanje je praćeno besom i osećanjem krivice, ali se ova osećanja smatraju *blažim* u odnosu na osećanja bezvrednosti, napuštenosti i prevelikih zahteva sredine (Mitić i sarad. 2011: 23–26).

Samoubistvo mladih u SAD, kao što je navedeno, zauzima treće mesto među razlozima smrtnosti u populaciji starosti od 10 do 24 godine i četvrto u starosnoj kategoriji od 5 do 14 godina.[59] Posebno zabrinjavaju podaci o suicidima među studentima, i u poslednjih 20 godina predstavljaju ozbiljan problem za profesionalce. Međutim, broj suicida nije tačan i podaci se često prikrivaju, ali problem predstavlja i prikupljanje podataka, posebno u zemljama u razvoju. Tako, prema nalazima iz SAD, 20% adolescenata prijavilo je da poznaje nekog od vršnjaka ko je pokušao suicid u poslednjih godinu dana, dok njih 60% poznaje mlade koji su pokušali suicid. Značajnim uzrocima ovakvog ponašanja smatraju se depresija, suicid ili pokušaj suicida člana porodice ili prijatelja, upotreba PAS i držanje

57 Hedonizam potiče od grčke reči i znači uživanje, zabava, zadovoljstvo. U stvari, cilj je što brže zadovoljiti sebe (instant zadovoljstvo) i smanjiti bol (pojedinačno ili u grupi).

58 Najčešće se samopovređuju adolescenti starosti od 14 do 16 godina. Najprisutnije je samopovređivanje ruke, a po načinu posekotine. 16,7% ispitanika ima u svojoj istoriji pokušaj suicida.

59 U toku 2006, među mladima u SAD, od ukupno 9.570 smrtnih slučajeva 45,3% su činila samoubistva, a 16,2% ubistva (Centers for Disease Control, 2010. prema Stack, 2011: 33). Prema jednom istraživanju, od 17 do 29% srednjoškolaca ima suicidne misli, dok 8% pokušava suicid u SAD (Wachter, Bouch, 2008: 66).

oružja u kući (Wachter, Bouch, 2008: 66; Schwartz, 2011: 5; Ringle, Ralzelere, 2012: 61; Bearmen, Moody, 2004: 89; Stewart, Smit, 2012: 38).

Na povećanje stope suicida među mladim muškarcima u istočnoevropskim državama uticala je ekonomska i politička tranzicija koja je uslovila nezaposlenost. Smatra se da je kulturni standard – očekivanje da mlad muškarac bude zaposlen – u suprotnosti sa trenutnim stanjem, te je važan suicidni faktor u ovoj starosnoj kategoriji. Mladi u postsocijalističkom tranzicionom periodu u različitim državama suočavaju se sa istim problemima i rizicima kao što su – nestabilno i neuređeno tržište rada, visoka nezaposlenost, slom socijalističkog sistema socijalne zaštite koji mlade ostavlja bez institucionalne podrške, oskudni stambeni resursi i oslanjanje na porodične resurse u tranziciji u odraslost. Sve navedeno podržava i državni sistem, stvarajući postsocijalističku varijantu „sub-protektivnog tranzicionog poretka" (Walther et al. 2009; Biggart, Kovacheva, 2006. prema Tomanović, 2012: 34).

Srbija je postala prostor koji pogoduje uzimanju psihoaktivnih supstanci, ne samo zbog dugogodišnje kulture opijanja, već zato što PAS imaju moć da ponude smisao i da povežu izgubljene mlade ljude u anomičnom miljeu (Ljubičić, Dragišić, 2016), sa jedne strane, a sa druge, povezivanje uz *binge drinking* je diskutabilno, ali svakako veoma prisutno. Takav način konzumacije alkohola spaja mlade u grupu koja se na nekoliko sati *izmešta i nestaje* iz svakodnevice. Ima se utisak da grupa postoji da bi zadovoljila lične potrebe i frustracije svakog člana odvojeno, a da je zajedništvo sekundarno. Zato ovakav način konzumacije ne treba posmatrati samo u kontekstu zajedničkog rituala već i nesvesne želje da se nestane, možda i *samoubije* (Dragišić Labaš, 2017).

U Srbiji je, prema podacima iz 2012, svaki četvrti radno sposoban stanovnik bio bez posla, a mladi su među njima bili najranjivija starosna grupa. Izlaz iz takve situacije često su tražili u napuštanju zemlje (Mojić, 2012: 116). Nažalost, izlaz može da bude i suicidno ponašanje i upotreba PAS. Mladi su bili, a i sada su, prinuđeni da žive u proširenim porodicama (retradicionalizacija u stambenim strategijama), što nije bio izbor većine njih, dok istraživanja ukazuju da je blizu tri četvrtine mladih želelo da živi odvojeno i samostalno pre zasnivanja sopstvene porodice (Mojić, 2004: 208). Socijalnu integraciju mladih u Srbiji sprečila je visoka nezaposlenost, odlaganje roditeljstva i niska politička i građanska participacija (Tomanović, Stanojević, 2012).

Ovakvo stanje utiče na psihološku separaciju mladih u Srbiji. Ljubičić (2012) ukazuje da je orijentacija ka umrežavanju prisutnija u porodicama koje su egzistencijalno ugroženije, u odnosu na dobro materijalno obezbeđene u kojima je češća orijentacija ka individualizaciji. Motivacija mladih

da i dalje žive sa roditeljima i očekuju njihovu pomoć, kao i želja da osnuju porodicu ili da (ne) očekuju promene na emotivnom planu, jeste lična, ali je isto tako posredovana i porodičnim i strukturalnim mogućnostima/pritiscima. Odluka mlade osobe da živi sa roditeljima može da bude racionalni izbor ili može da bude *emocionalno iznuđena* sa ciljem da osigura podršku za sebe i čuva na okupu porodicu koja je najčešće egzistencijalno ugrožena.

Mladi se nalaze u periodu koji se često opisuje kao razvojni period između adolescencije i odraslog doba i suočavaju se sa različitim promenama i izazovima, među kojima je odvajanje od roditelja i uspostavljanje autonomije i stabilnosti, kao i građenje partnerskih i socijalnih relacija. Na ovakve promene i izazove neki mogu *odgovoriti* samoubistvom (Hill et al. 2011: 157). Stoga se odnosi sa roditeljima i porodična funkcionalnost smatraju značajnim faktorima, kako rizičnim tako i preventivnim, za suicidno ponašanje.

Studenti su grupa koja se među mladima smatra rizičnom za suicidno ponašanje, a posebno oni koji žive u kampusima. Upravo dolaskom u studenski dom menja se kompletno okruženje, od mesta stanovanja i življenja sa roditeljima/starateljima do drugova i komšija. Menjaju se navike i supervizori. Stoga je jako važno uspostaviti i održavati samodisciplinu. S obzirom na to da ovi zahtevi nisu jednostavni, jedan broj studenata ima problem da ih ispuni. Ističu se sledeći značajni stresori: biti daleko od kuće; snaći se u novom okruženju i preuzeti nove vrste odgovornosti; postići visoke akademske zahteve; prilagoditi se promenama u porodičnim odnosima i socijalnom životu; biti finansijski odgovoran; biti izložen novim idejama, ljudima i iskušenjima; ne zloupotrebljavati supstance; biti svestan seksualnog identiteta i orijentacije i pripremiti se za život posle diplomiranja. Studenti u kampusima mogu da se suočavaju i sa drugim izvorima stresa, kao što su: kompetitivno ponašanje među kolegama, roditeljski pritisak koji se ogleda u očekivanju većeg akademskog postignuća, kulturni stres i rasizam (Kadison, DiGeronimo, 2004. prema Lester, 2011: 134–135).

U kampusima se događa i nasilje, seksualno zlostavljanje, ponižavanje, zločini mržnje, podmetanja požara itd. I studenti na doktorskim studijama mogu da se suočavaju sa različitim stresorima, pored akademskih zahteva, kao što su brak, deca, razvod, finansijski problemi. Prema nalazima, među studentima u kampusima (u kojima se najčešće vrše istraživanja), upotreba vatrenog oružja kao način *izvršenja* suicida je na 9. mestu, za razliku od mladih u opštoj populaciji gde je ovaj način zastupljen kod jedne trećine. Razlog je zabrana nošenja oružja u kampusima, ali i primer

dobre prevencije.[60] Skok sa visine i trovanje zastupljenije je kao metod izvršenja suicida kod studenata muškaraca u odnosu na opštu populaciju (Isto, 2011).

Značajan procenat prisustva simptoma depresije nađen je, prema jednom istraživanju (Kragović i sarad. 2011: 49–51), i među studentima medicine u Srbiji, i to kod 26,7% ispitanika (27,5% studentkinja i 25,8% studenata). Nije nađena bitna rodna razlika, dok je procenat dva do tri puta veći u odnosu na opštu populaciju. U blagom riziku za suicid bilo je 35,1% studenata.

Naše istraživanje pokušaja suicida među mladima,[61] hospitalizovanim u psihijatrijskoj instituciji, ukazuje na značaj sledećih stresnih životnih događaja (poređanih po redosledu kojim su najčešće navođeni) u poslednjih godinu dana pre pokušaja suicida: češće svađe sa roditeljima, poslovni neuspeh, velike finansijske teškoće, nezaposlenost, neverstvo supružnika, razvod, neuspeh u školovanju, češće bračne svađe. Uz dijagnozu pokušaja suicida, najčešće su adolescentska kriza i zloupotreba psihoaktivne supstance. Usamljenost je zastupljena kod više od polovine ispitanika, a najčešće navođeni razlozi za ovo stanje su: „ne znam", nedostatak partnera/ke, izbegličtvo. Načini pokušaja suicida su, pre svega, trovanje medikamentima, a potom sečenje vena i vešanje. Skoro 90% mladih se kaje zbog pokušaja suicida (Dragišić Labaš, 2001: 370–372). Ovaj podatak je značajan jer govori da su pokušaji suicida mladih akt koji se dešava u trenutku, bez razmišljanja, veoma često pod uticajem neke psihoaktivne supstance. Na osnovu ovakvih i sličnih podataka potrebno je da se organizuje dalji psihoterapijski i socioterapijski tretman mladih, koji bi svakako uključio i edukativne radionice o zloupotrebi PAS.

Istraživanje rađeno na reprezentativnom uzorku[62] adolescenata ukazuje na značaj socijalne mreže za suicidno ponašanje. Ističe se povezanost između pokušaja suicida druga/prijatelja i povećanja verovatnoće javljanja suicidnih misli i pokušaja suicida kod adolescenata oba pola. Kod devojaka su socijalna izolacija i prijatelji koji se nisu *pokazali* dobrim prijateljima (razočarenje u prijateljski odnos) značajniji faktori za suicidno ponašanje. Takođe se navodi, za oba pola, povezanost sa suicidnim ponašanjem čla-

60 Prema istraživanju načina izvršenja suicida među studentima u jednom kampusu, rađenom za period 1920–1980, došlo se do podataka da su 114 momaka i 31 devojka izvršili suicid vatrenim oružjem, što je znatno manje u odnosu na opštu populaciju, posebno među muškarcima (Schwartz, 2011: 6).

61 Istraživanje je rađeno u periodu 1995–1999. na uzorku od 30 mladih ispitanika starosti od 20 do 30 godina. Ispitanici su hospitalizovani zbog pokušaja suicida u psihijatrijskoj bolnici.

62 U pitanju je uzorak sačinjen od 13.465 adolescenata u SAD. Ispitivana su 2 individualna nivoa povezanosti sa vršnjačkom mrežom.

nova porodice, držanjem vatrenog oružja u kući, niskim samopoštovanjem, čestom upotrebom alkohola i homoseksualnim romantičnim iskustvom. Autori se pozivaju na Dirkema i uključuju značaj niske normativne regulacije i doživljaj da prijatelji nisu pravi prijatelji, uz izloženost kompetitivnim normama kao faktorima koji povećavaju mogućnost za samoubilačko ponašanje. Kao način prevencije suicidnog ponašanja predlaže se da se škole organizuju kao zajednice u kojima vladaju snažne integrativne norme (Bearmen, Moody, 2004: 89, 93).

O uzrocima suicidnog ponašanja adolescenata bavile su se i ranije studije u SAD, te je analizom 4 studije (1991; 1993; 1995; 1997) na nacionalnim uzorcima utvrđeno da su za pokušaj suicida značajne sledeće demografske i psihosocijalne varijable: rod, uzrast, etnicitet, školski neuspeh, posedovanje vatrenog oružja, stalno praktikovanje sportskih aktivnosti, lična percepcija telesne težine, izazivanje povraćanja u cilju gubitka telesne težine, kao i upotreba lekova, seksualni odnosi i trudnoća. Nađeno je da devojčice u većem broju pokušavaju suicid od dečaka. Upotreba alkohola i drugih PAS u sva četiri uzorka, za oba pola, značajno je povezana sa verovatnoćom pokušaja suicida, a više roditeljsko obrazovanje sa nižom verovatnoćom pokušaja suicida dece. Za pokušaj suicida kod dečaka važno je posedovanje pištolja i nebavljenje sportskim aktivnostima, dok je kod devojčica veoma važna predstava o telu (o velikoj telesnoj težini). Neplanirane trudnoće bitno utiču na suicidno ponašanje kod oba pola i povezane su sa nastankom depresije (Molina, Duarte, 2006: 407–429).

Možemo da zaključimo da je porodično okruženje u kome dominira stres, strah, ljutnja, osećanje krivice i nisko samopoštovanje visokorizično za suicidne misli adolescenata. U više studija se ističe značaj porodične transmisije suicidnog ponašanja kao negativne strategije za rešavanje problema. Porodična istorija suicidnog ponašanja,[63] stresni životni događaji i neurotske tendencije takođe se češće javljaju među adolescentima koji imaju suicidne misli, što znači da porodična funkcionalnost i razvijena socijalna mreža značajno utiču na osećanje ispunjenosti, zadovoljstva i smisla življenja kod mladih osoba. Erikson (prema Jerotić, 1984) je upozorio da roditelji moraju da imaju u vidu veliku potrebu mladih za idejama u koje mogu da veruju, kao i za ljudima kojima mogu da veruju, a dodali bismo – i društvenoj zajednici kojoj mogu da veruju.

63 O značaju povezanosti između porodičnog okruženja, a posebno niske organizacione, a potom moralno-religiozne dimenzije, sa većim brojem muških adolescenata koji imaju suicidne misli, nalazimo u jednoj studiji rađenoj u Indiji. Ukoliko se uključi i pojava suicidnog ponašanja nekog od članova porodice (moguća transmisija ovakvog ponašanja), uz prethodne dve dimenzije, povećava se verovatnoća za nastanak suicidnih misli. Treći važan faktor, pored dve porodične dimenzije, jeste depresija (Upmanyu et al. 2014: 1127–1129).

4.2.3 Suicidno ponašanje osoba u srednjem životnom dobu

Populacija koja spada u tzv. srednju generaciju ima visoke stope suicida u mnogim zemljama, a socijalni faktori se smatraju značajnijim rizičnim faktorima za samoubistvo. Znatno su češća istraživanja samoubistva među mladima i starijima, iako su, prema navodima Američke asocijacije za suicidologiju, najviše stope samoubistva među osobama srednje generacije (od 45 do 64). Faktori rizika se „akumuliraju" u toku života i mogu da se podele na sledeće: ličnost, kultura, neurobiologija, životni stresori (gubitak i tuga, finansijski problemi, nezaposlenost) i stavovi prema starenju i starosti. U faktore rizika ubrajaju se i depresija, zloupotreba supstanci i hronične bolesti (Arbore, 2014: 27–28).

U UK muškarci u srednjim godinama su najrizičnija grupa za suicid, a u rizične faktore spadaju, pre svega, finansijski problemi i briga oko zapošljavanja. U periodu 2008–2010. stopa suicida muškaraca starosti od 35 do 49 bila je najviša i iznosila je 20,8 (Blakemore, 2012: 5). Prema istraživanju rađenom u Švedskoj, postoji povezanost između radnog statusa, uključujući i srednju generaciju, sa ukupnim mortalitetom i samoubistvom. Nezaposleni, ekonomski neaktivni iz drugih razloga, penzioneri i privremeni invalidski penzioneri imali su više stope smrtnosti i samoubistva u odnosu na zaposlene (Ahs, Westerling, 2006: 159–162).

Porast broja samoubistava osoba iz srednje generacije (30–49) primećena je poslednjih godina u Hong Kongu i drugim azijskim zemljama. Prema jednom istraživanju,[64] faktori rizika za srednju generaciju bili su: prisustvo bar jednog psihičkog poremećaja, zaduženost, nezaposlenost, populacija koja nikada nije bila u braku i osobe koje žive same. Socioekonomski faktori se smatraju veoma značajnim u ovoj ciljnoj grupi. Stopa suicida u Hong Kongu je porasla od 12,1 u 1997. na 18,6 u 2003, a značajniji porast (od 65%) nađen je među osobama iz srednje generacije, od 10,4 na 18,9. Sledeći događaji se navode kao uzroci: neočekivana ekonomska i sociokulturna kriza u prethodnoj deceniji, epidemija SARS-a, porast psihičkih poremećaja (Wong et al. 2008: 1–4).

U Japanu su duga ekonomska recesija, novi evaluacioni sistemi na radnom mestu i sve veći jaz između tradicionalnih i novih koncepata rada uticali na samoubistva – „karo-đisatsu" (karoši znači „ubistvo radom", „davanje života za kompaniju", „samoubistvo od prekomernog rada"), po-

64 Primenjena je triangulacija metoda: psihološka autopsija, sudski zapisi i policijski izveštaji.

sebno među radnicima koji pripadaju srednjoj generaciji. Visok nivo stresa, uslovljen navedenim promenama, može biti ublažen visokim nivoom socijalne podrške koja se smatra važnim protektivnim faktorom za suicid u srednjim godinama. Povezanost između depresije, suicidnog ponašanja i socijalne ne/podrške nađena je u populaciji srednjih godina (40–69),[65] a posebno među muškarcima, prema istraživanju u Japanu. Ovakva povezanost nije nađena kod žena. Socijalna podrška se pokazala kao umanjivač ili amortizer (*buffer effect*) koji, u stvari, smanjuje visok nivo stresa i ublažava depresivne simptome i suicidne misli i ponašanje (Takizawa, 2006: 656–659).

U Kini je takođe primećen visok nivo suicida među nezaposlenim muškarcima srednjih godina. Niski prihodi mogu da utiču na pogoršanje mentalnog zdravlja, komunikacije i porodičnih i bračnih odnosa. Percepcija nezaposlenosti je kulturno uslovljena, tako da muškarci nezaposlenost vezuju za manjak ličnih vrednosti, neuspeh u ispunjenju značajnih obaveza ili disfunkcionalnost u obavljanju porodične uloge. Ovakav doživljaj sebe može da uslovi nastanak različitih emocionalnih stanja i psihičkih problema (strah, zabrinutost, anksioznost, depresiju). Prema jednom istraživanju, sredovečni muškarci (73%) imali su znatno više mentalnih problema u odnosu na nezaposlene žene (54%). Preko 50% je istaklo pogoršanje u porodičnim odnosima posle gubitka posla, i to: češće svađe sa suprugama, smanjenu komunikaciju sa decom i češću ljutnju jednih na druge. Nađeno je više simptoma anksioznosti i depresije. Utvrđeno je da su niski prihodi u domaćinstvu i visoka emocionalna vezanost za porodicu faktori rizika za suicid (Chiu, Ho, 2006: 191–196).

U Srbiji mlađi sredovečni (35–39) imaju visoku zastupljenost samoubistva u odnosu na ukupan mortalitet, a primećeno je i povećanje poslednjih godina (od 8,9% do 10,0% u periodu 2010–2014). Najviše stope suicida u odnosu na ukupan mortalitet ostvarene su između 1991. i 1997. u grupi mladih, ali i kod starijeg sredovečnog stanovništva. Stanovništvo starosti od 30 do 54 godine imalo je najveće stope suicida u periodu 2009–2013. (Penev, 2016: 165–166). Rizični faktori za pokušaje suicida osoba koje pripadaju srednjoj generaciji, prema našem istraživanju, razlikuju se od faktora rizika za druge dve starosne kategorije. Uključuju, kao i u stranim istraživanjima, pre svega finansijske probleme i nezaposlenost, kao i bračne nesuglasice, razvod i zloupotrebu alkohola (Dragišić Labaš, 2001: 370).

---

65 Uzorak je činilo 4.558 osoba, starosti od 40 do 69 godina. Istraživanje je rađeno 2003. u gradu Rokunohe (u severnom Japanu), u kome je stopa suicida bila visoka pre istraživanja.

4.3 Bračni status i suicid

Smatra se da su intimne relacije značajnije povezane sa mentalnim zdravljem žena nego muškaraca, ali da razlika nije samo u rodu već i u bračnom statusu. Međutim, nailazimo na oprečne stavove po pitanju bračnosti (partnerstva) i mentalnog zdravlja, kao i suicidnog ponašanja. Prema nekim istraživanjima, oženjeni muškarci i udate žene imaju manje emocionalnih problema u odnosu na neoženjene i neudate. Mnoge studije ukazuju na manje psiholoških problema kod ljudi koji su u braku – partnerstvu, nego kod razvedenih i udovaca/ica. Međutim, treba razmatrati kvalitet emocionalnih odnosa, a ne samo bračnost, partnerstvo. Tako istraživanja koja su se bavila kvalitetom bračnih odnosa i mentalnog zdravlja govore da je nedovoljno emocionalne podrške od strane partnera i napetost u partnerskoj relaciji povezana sa depresijom kod žena i problemima sa upotrebom supstanci kod muškaraca (Simon, Barett, 2010). Poznato je da su upravo depresija i zloupotreba alkohola i drugih PAS visokorizični faktori za suicidno ponašanje. S druge strane, postoje mišljenja da je brak protektivni faktor za depresiju.[66]

Svakako da je svaka zajednica, bračna ili vanbračna (kohabitacija), važna za mentalno zdravlje, te stoga brak može da bude protektivan, ali i rizičan faktor za suicid. Ipak, brak (partnerstvo) sa decom pre predstavlja protektivan faktor, na šta ukazuju i iskustva iz terapijskog rada. On kod supružnika uslovljava različita pozitivna i negativna *stanja* koja ih sprečavaju da realizuju suicid ili ih štite od suicidnih namera, kao što su: moranje, trpljenje, prevazilaženje nesuglasica „zbog dece" (deca su motiv očuvanja života iako brak nije najbolji), nalaženje različitih načina da se prevaziđu problemi, dolaženje do konstruktivnih rešenja, veću toleranciju među supružnicima, nadu da može da bude bolje, traženje stručne pomoći... Međutim, kao i po mnogim nalazima, u većini društava brak ima protektivniju funkciju za muškarce. Socijalna očekivanja da žena bude „submisivnija" a muž „kontrolišući" utiču na lošiju poziciju žena u bračnom sistemu, iako postoje drugi zaštitni faktori od suicida kod žena. Ipak, znatno veći broj žena pokušava suicid ili skreće pažnju, u ovom slučaju, na svoju lošu bračnu poziciju.

Pozitivna uloga zdravog braka potvrđena je u znatnom broju studija u poslednjih nekoliko decenija[67] (Ayalona et al 2013; St John, Montgomery,

---

66 Partnerstvo (brak) i repartnerstvo imaju pozitivnu i protektivnu ulogu za suicidno ponašanje i u starijem životnom dobu (koje je rizičnije za depresiju i suicid). Smatra se da je zadovoljstvo životom, ili u američkoj literaturi češće korišćen termin – „stepen sreće", povezano sa partnerstvom, zdravljem, materijalnim bogatstvom i religioznošću (Kanazawa, 2014: 316–318 prema Dragisic Labas, 2018: 154).

67 Zanimljivo istraživanje povezanosti između bračnog statusa i subjektivnog blagostanja, koga čine 4 faktora – emocionalna inteligencija, nada, sreća i optimizam, rađeno

2009; O'Rourke et al. 2011; Khodarahimi, 2015: 351 prema Dragisic Labas, 2018: 154). Dobar (zdrav) brak povećava blagostanje pojedinaca. Osećanje blagostanja utiče na mentalno i fizičko zdravlje i dužinu života. Sa produženjem životnog veka produžavaju se i godine bračnog života, te bi trebalo ispitivati faktore satisfakcije i „partnerske sreće" u populaciji starosti preko 70 i 80 godina i njihovu povezanost sa suicidnim ponašanjem.

Novije komparativne studije u evropskim zemljama ukazuju da je među osobama van braka suicidni rizik dva do tri puta veći u odnosu na one u braku i kada se uključi socioekonomska kontrolna varijabla. Pozitivan (zaštitni) efekat braka (partnerstva) snažno je povezan sa polom. Tako su mladi udovci u visokom suicidnom riziku, čak 10 puta većem od oženjenih, a razvedeni u dva do tri puta većem od oženjenih (Masocco et al. 2008: 282).

Povezanost između bračnog statusa i suicida, koju je Dirkem istakao u svojoj studiji o samoubistvu (Dirkem, 1997), proveravana je u većem broju istraživanja. Postavljaju se pitanja: Da li je bračnost protektivni faktor za suicid? Kako razvod utiče na suicid? Novije studije su bazirane na mnoštvu podataka, na ekološkim ili vremensko-serijskim korelacijama. Zaključci često potvrđuju Dirkemovu teoriju. Prema Dirkemu, manja je verovatnoća da oženjen muškarac bez dece izvrši suicid u odnosu na neoženjenog, ali je veća verovatnoća u odnosu na oženjenog sa decom. Udata žena koja nema decu češće će izvršiti suicid od neudate, tako da brak nije uvek protektivni faktor za suicid i zavisi od roda, kao i od toga da li je u pitanju „bračno" ili „porodično" društvo. Ispitujući uticaj bračnosti i razvoda na samoubistvo, mnoge studije se pozivaju na Dirkemovu teoriju.

Istraživanje u Kanadi i SAD (1950–1985) ukazuje na pozitivnu korelaciju između razvoda i bračnosti sa suicidom, ali sa bračnošću su različiti nalazi. Ispitujući ovu povezanost kod oba pola u 17 zemalja u periodu 1950–1985. nađena je povezanost, ali više kod muškaraca nego kod žena. U studiji o japanskim obrascima suicida, baziranoj na podacima iz 47 geografskih područja, nađena je pozitivna korelacija između razvoda i samoubistva kod muškaraca. Međutim, kod žena je nađena negativna korelacija između razvoda i suicida. Autori su potvrdili Dirkemovu hipotezu da brak može biti ugrožavajući za žene i da se samoubistvo u ovom slučaju može

---

je u iranskoj populaciji i ukazuje na to kako društveni faktori menjaju osećanje blagostanja (smanjuju optimizam) koje proizlazi iz zdravog braka. „Zdrav brak" jeste povezan sa pozitivnim emocijama i osećanjem blagostanja, sa pozitivnim stavovima (optimizam, nada) u bračnom životu. U zdravom braku ljudi uspevaju da ostvare i lične i porodične ciljeve. Međutim, negativan društveni kontekst smanjuje blagostanje, ali „zdrav brak" utiče na brže rešavanje problema koji dolaze iz spoljne sredine, kao i na veće razumevanje i podršku između partnera, te i na uspešnije prevazilaženje teškoća (Khodarahimi, 2015: 361–364 prema Dragisic Labas, 2018: 154–155).

svrstati u fatalističko (Stack, 1980; Burr et al, 1994; Lester, 1994; Leenars, 1993; Chandler, Tsai, 1993. prema Besnard, 2014: 135).

U jednoj studiji, Kposova (Kposowa et al. 1995. prema Besnard, 2014: 136) preispituje povezanost između bračnog statusa i samoubistva koristeći podatke o mortalitetu u SAD između 1979. i 1985. Nađena je veza između rizika za suicid kod samaca i udovaca, ali nije potvrđena uključivanjem drugih promenljivih varijabli. Statistička značajnost potvrđena je kod razvedenih ili odvojenih osoba. I u drugim studijama se pokazalo da bračni status ima protektivni efekat i da su neudati/te, udovci/e, razvedeni/ne u većem riziku za suicid, ali su muškarci ipak *zaštićeniji brakom*. Tako oženjeni muškarci i udate žene imaju nižu stopu suicida od neoženjenih i neudatih. Mlade, neudate žene spadaju u rizičnu grupu za suicid, a najčešći motivi su prekid emotivne veze, nezadovoljstvo partnerstvom i problemi u porodici. Osim toga, mlade, neudate žene bez partnera u većem su riziku za suicidno ponašanje zbog „romantičnih motiva" u odnosu na muškarce bez partnerke. Na Novom Zelandu je primećeno da je ta razlika 16,3 za žene u odnosu na 6,0 za muškarce. Žene koje žele da imaju porodicu, ali to ne realizuju, u riziku su za suicid zbog formiranja negativne slike o sebi koja je uslovljena društvenim očekivanjima o ispunjavanju reproduktivne funkcije žena. Na kraju se smatra da je brak važan za žene, ali da veći benefit imaju muškarci (Weaver, 2009: 217–219).

Potvrđena je povezanost između bračnosti i suicida u Italiji, koja ima nisku stopu suicida u odnosu na druge evropske zemlje, osim Španije i Grčke, ali i nisku stopu pokušaja suicida. Brak je u Italiji veoma važan, te je stoga prisutna visoka bračnost, niže stope neudatih/neoženjenih, najniže stope razvoda u Evropi (podatak za 2002) i duže ostajanje dece u porodici, mali broj dece rođene van braka u odnosu na druge evropske nacije. Može se reći da je Italija primer Dirkemovog „porodičnog društva". Prema podacima, u Italiji razvedeni/odvojeni i muškarci i žene starosti preko 64 godina imaju višu stopu suicida u odnosu na one u braku, kao i muškarci udovci u odnosu na muškarce u braku. Kod mladih udovaca je čak u proseku 13 puta veći suicidni rizik u odnosu na oženjene muškarce, a kod razvedenih 1,3. Kod neudatih žena je u proseku dva puta veći suicidni rizik u odnosu na udate, a 1,7 kod udovica i razvedenih (Masocco et al. 2008: 282).

U Srbiji je, u periodu 1990–2014, među umrlim usled suicida najveći broj bio u braku. Međutim, u ovom periodu konstantno raste broj osoba u celibatu i razvedenih. Ovakav podatak o samoubistvima oženjenih/udatih uslovljen je visokom stopom bračnosti. Ipak, stope suicida rastu sa starošću, a posebno u grupama udovaca i razvedenih. Žene u braku imaju niže specifične stope suicida od neudatih. Kada se bračno stanje posmatra

u korelaciji sa godinama starosti i specifičnim stopama suicida, dobija se tačnija slika i postaje jasniji rizik od suicida među osobama koje žive van braka (Penev, 2016: 189–193)

Protektivna uloga braka za muškarce danas zavisi i od drugih faktora, a jedan od njih je vrsta bračne zajednice. Kada se poredi učestalost suicidnog ponašanja među osobama koje žive u istopolnom i heteroseksualnom braku u Švedskoj, u kojoj vlada tolerantnija klima prema seksualnim manjinama, zapaža se bitna razlika kada su u pitanju muškarci, a znatno manja kada su u pitanju žene. Generalno, osobe koje žive u istopolnim brakovima u većem su riziku u odnosu na one iz heteroseksualnog braka. Kada su u pitanju žene u istopolnom braku, ali u korelaciji sa socioekonomskim statusom, u odnosu na heteroseksualne, dobija se manja razlika u većoj učestalosti kod prvih. Kod muškaraca je ta razlika tri puta veća kod onih koji žive u istopolnim zajednicama u odnosu na heteroseksualne (Björkenstam, 2016: 685).

Iako ovakve zaključke treba smestiti u društveni, kulturni i etnički kontekst, manja ili veća povezanost između ove dve varijable (braka i suicidnog ponašanja) ima i rodnu dimenziju koja opstaje kroz vekove.

4.4 Obrazovanje, socioekonomski status i samoubistvo u ruralnim i urbanim sredinama

4.4.1 Obrazovanje i suicidno ponašanje

Istraživanja povezanosti između obrazovanja i suicidnog ponašanja su veoma retka, iako se ova veza smatra značajnom istraživačkom temom, posebno važnom za prevenciju. Međutim, istraživanja socioekonomskih karakteristika osoba koje su izvršile suicid obuhvataju i obrazovanje kao jednu od varijabli. Rezultati su različiti i uslovljeni društvenim i kulturnim činiocima, mada se razlike smanjuju u populaciji starijih, kod kojih je stopa generalno najviša i u slabijoj je korelaciji sa obrazovanjem. Niže obrazovanje uglavnom uslovljava i niži socioekonomski status koji utiče na fizičko i mentalno zdravlje. Slabije zdravlje onemogućava ulaz na tržište rada. Ovakva situacija može biti rizična za suicid.

Istraživanja ukazuju na povezanost između nižeg obrazovanja i suicida, tj. da osobe sa nižim obrazovanjem češće vrše suicid u nekim zemljama, dok su u drugima nalazi suprotni. Tako je u Danskoj nađena povezanost između nižeg obrazovanja i suicidnog ponašanja. Očekuje se, prema državnim politikama, da više od 95% mladih završi srednje i više obrazovanje, a s obzirom da to ne mogu svi da postignu, upravo je povećan rizik

u ovoj grupi. Završetak višeg obrazovanja daje veće šanse za zapošljavanje, višu zaradu i bolju perspektivu u budućnosti. Obrazovanje nije direktno povezano sa pokušajima suicida, jer se prema ovom istraživanju upliću i drugi značajni faktori, ali svakako povećava verovatnoću za ovakvo ponašanje (Christiansen, Larsen, Bilenberg, 2015: 802). U Kini je takođe nađena povezanost između nižeg obrazovanja, nezaposlenosti i suicidnog ponašanja među muškarcima starosti od 30 do 55 godina – 91% nezaposlenih ispitanika imalo je srednje i osnovno obrazovanje, a oko 10% visoko, dok je 61% ispitanika imalo ukupne porodične prihode ispod srednjeg nivoa za Hong Kong (1.300 dolara) (Chiu, Ho, 2006: 194).

Suprotno, u Italiji je u periodu 2006–2008. nađeno da u starosnoj grupi 15–64 samoubistvo češće izvršavaju osobe sa višim obrazovanjem u odnosu na osobe koje su umrle prirodnom smrću, ali ovakve razlike nisu nađene u grupi 65–74. Faktori koji su rizični za suicid u populaciji obrazovanijih su neuspeh, ranija visoka funkcionalnost i stid zbog saznanja drugih da su učinili nešto loše (Pompili et al. 2013: 437).

U Srbiji je nivo obrazovanja visoko povezan sa stopom suicida prema istraživanju rađenom u periodu 1990–2014. (Penev, 2016: 193–196). Više obrazovanje kod oba pola povezano je sa nižim stopama suicida. Međutim, postoje bitne promene u različitim razdobljima. U toku 1990-ih, osobe bez škole ili sa osnovnom školom činile su 70% svih samoubistava, a potom njihov broj naglo opada i 2010–2012. iznosi 50%. Povećava se broj suicida među osobama sa srednjim obrazovanjem, dok je među visokoobrazovanima nivo sličan i iznosi 7%. Podaci su u skladu sa promenama obrazovne strukture stanovništva i smanjenjem broja ljudi bez i sa osnovnim obrazovanjem, ali je najviša stopa i dalje među najniže obrazovanim. Kada se uključe varijable, starost i pol uz obrazovanje, dobija se sledeća slika – najviše su stope u populaciji starijih od 60 godina, i to muškaraca, ali više kod osoba sa osnovnim i srednjim, nego višim i visokim obrazovanjem.[68]

4.4.2 Socioekonomski status i suicidno ponašanje

Razlike u socioekonomskom statusu značajno su povezane sa kvalitetom i dužinom života. Niski prihodi se obično povezuju sa niskim socioekonomskim statusom, obrazovanjem i postignućem, invalidnošću i ranim penzionisanjem. Populacija sa višim prihodima u razvijenim zemljama

68 U studiji o aktivnom starenju u Beogradu (Dragišić Labaš, 2016) potvrđeno je da su različite aktivnosti, pozitivni stavovi prema starenju i širina socijalne mreže, značajni preventivni faktori za depresiju i za suicid. Ipak je u uzorku od 52 sagovornika, 27 imalo više i visoko obrazovanje. Smatramo da bi edukacija – „škole o aktivnom starenju", bile jedan od načina prevencije suicidnog ponašanja u Srbiji.

ima duži životni vek u odnosu na zemlje u razvoju. Visina prihoda takođe je povezana sa različitim stopama suicida.[69] Prema podacima iz kroskulturnih studija, saznajemo da su stope suicida u opštoj populaciji u pozitivnoj korelaciji sa bruto nacionalnim proizvodom i da su ekonomski faktori značajnije povezani sa suicidom muškaraca. Ipak, socioekonomski status može različito da utiče na suicid, u zavisnosti od starosti, pola i kulture.[70]

Većina studija ukazuje da je niži socioekonomski status povezan sa višim stopama suicida, kao i da je među nezaposlenima veća stopa samoubistva u odnosu na zaposlene.[71] Nezaposleni su društveno traumatizovani i trpe posledice ovog statusa, ne samo zbog nedostatka prihoda već zbog osećanja beskorisnosti, gubitka samopoštovanja, slabljenja socijalnih kontakata. Nezaposlenost je, u stvari, i „proces socijalne diskvalifikacije" (Filipović, 2018: 45) koji može bitno da utiče na mentalno zdravlje.[72]

Stopa suicida je viša među muškarcima nižeg obrazovanja i postoji povezanost između nižeg socioekomskog statusa sa višim stopama samoubistva među mlađim i muškarcima u srednjim godinama. Takođe je istaknut značaj interakcije između socioekonomskih faktora i očekivane dužine života sa stopom suicida starijih.

Još je Dirkem govorio o odnosu između ekonomskog statusa i suicida, ističući značaj zaposlenosti kao važne forme ekonomske integracije i faktora koji smanjuje rizik od suicida. Međutim, suprotno od navedenih

---

69 Istraživanjem povezanosti između socioekonomskog statusa i suicida bave se različite naučne discipline. Uglavnom se razmatra više indikatora socioekonomskog statusa, kao što su: prihod, obrazovanje, radni status, stambena situacija i posedovanje automobila (Congdon, 2012: 1207).

70 Ekonomske okolnosti stvaraju različite stresogene situacije. Depresije, recesije, nestašice, štrajkovi dovode ljude u stresogene okolnosti koje zahtevaju prilagođavanje. Zato su prednosti analiza na makronivou u tome da one pokazuju kako društveni procesi utiču na *grupe* pojedinaca u društvu. Određene grupe (pripadnici niže klase, nezaposleni bez socijalne podrške...) podložnije su mentalnoj bolesti od drugih, iako uzročno-posledičnu vezu između društvenih i ekonomskih događaja i mentalnih poremećaja treba analizirati uključujući i intervenišuće varijable (kao što su, na primer, ličnost, socijalna podrška, genetika, socijalizacija, socijalna klasa) koje mogu da modifikuju ishod (Cocкerham, 2003).

71 Danas osnovnu liniju razdajanja u društvu predstavlja zaposlenje, koje može biti stabilno i prekarno (karakteriše ga nesigurnost, nemogućnost planiranja budućnosti, a moguće je i diskvalifikujuće siromaštvo). Broj poslova sa prekarnim statusom u EU se povećava, dok su prekarizacijom posebno ugroženi mladi, imigranti i žene. U jednom delu Evrope raste nezaposlenost mladih, a takođe i vrsta ugovora nazvana *Zero Hour Work*, prema kome poslodavac ne garantuje da li će uopšte biti posla, kao ni minimum radnih sati (Filipović, 2018).

72 Prema nalazima, siromaštvo uz socijalnu izolovanost prisutnije je u Velikoj Britaniji, Nemačkoj i Francuskoj nego u zemljama južne Evrope. U tri navedene zemlje siromašni češće žive sami, dok su im socijalni kontakti slabi (Filipović, 2018: 42).

nalaza, smatrao je da se u vreme ekonomskih kriza situacija menja, te se ljudi koji pripadaju višim klasama i imaju neograničene aspiracije, koje se u tom periodu ne mogu ostvariti zbog neočekivanih promena materijalnog statusa (gubitka dela bogatstva), nalaze u većem riziku od siromašnijih, čije su težnje i ambicije znatno manje.[73]

Noviji nalazi potvrđuju neke Dirkemove tvrdnje, ali ističu da niži nivo obrazovanja smanjuje mogućnost nalaženja posla i mogućnost samoostvarenja, dok se niski prihodi povezuju sa stresom, nezadovoljstvom na poslu, depresijom, konzumacijom alkohola i drugih PAS, lošim fizičkim zdravljem i nestabilnim bračnim relacijama. Ipak, ima i suprotnih nalaza (mada su u pitanju ranije studije), koji navode da su muškarci na višim pozicijama u SAD u većem suicidnom riziku, a ističu se i neka određena zanimanja povezana sa višim stopama suicida, kao npr. stomatolozi. U Australiji, muškarci radnici imaju više stope nego „beli okovratnici" (*white-collars*), ali suprotno važi za žene (Stack, 1996; Hassan, 1995. prema Kposowa, 2012: 88–91). Prema drugim nalazima, u dužem ispitivanom periodu od 1979. do 2004, u Australiji se održava povezanost između niskog socioekonomskog statusa muškaraca i suicida, dok je primećen pad među mladim muškarcima sa srednjim i visokim prihodima (Page et al. 2006: 911).

Postoje slični podaci o povezanosti niskih prihoda i siromaštva sa suicidom žena u Kini, a posebno među mlađim ženama koje žive u ruralnim oblastima. Takođe se pretpostavlja da su razlozi za veće stope suicida žena u azijskim društvima (Kina, Hong Kong i Singapur) uslovljene niskim socijalnim statusom, bračnim iskustvom i opštim socioekonomskim statusom žena u ovim društvima. Kada se analiziraju neki ekonomski markeri u različitim zemljama (62 zemlje), kao npr. visoke kamatne stope za stambene kredite, pokazuje se povezanost sa višim stopama suicida među mladim ljudima u odnosu na starije (Rezaeian et al. 2005. prema Shah, 2009; Shah, 2009: 19).

U Španiji je ekonomska kriza, koja je dovela do najveće stope nezaposlenosti u EU posle Grčke, uticala na pogoršanje mentalnog zdravlja stanovništva. Povećana je stopa oboljevanja od depresije, posebno u porodicama koje imaju iskustvo sa nezaposlenošću. Promena socijalnog statusa povezana je sa finansijskom deprivacijom, gubitkom posla i promenama

73 Bogatiji postaju svesni da uspeh i bogatstvo ne zavise samo od njih nego i od drugih spoljnih faktora, koje ne mogu kontrolisati, a takođe se teže od siromašnijih suočavaju sa ograničenjima uslovljenim socijalnim i ekonomskim okolnostima. Znači, po Dirkemu, veća očekivanja dovode do frustracije u vreme ekonomskih kriza i postaju faktori rizika, dok siromaštvo u tom periodu postaje zaštitni faktor (Kposowa, 2012: 87).

porodičnih uloga, različitim zdravstvenim problemima, smanjenjem socijalnih kontakata, niskim nivoima samopoštovanja, gubitkom self-koncepta i identiteta, niskim zadovoljstvom životom, povredama i ranijom smrtnošću. Svi navedeni faktori uticali su na povećanje suicidnog ponašanja. Nezaposlenost je u korelaciji sa doživljajem zadovoljstva (sreće) i samoubistvom, ali za suicidno ponašanje svakako su važni i lični faktori (ne/posedovanje ličnih resursa kao što su emocionalne veštine, emocionalna inteligencija...) koji, uz ekonomske, mogu biti rizični za suicid (Extremera, Rey, 2016: 13–14).

U Srbiji se u poslednje tri decenije loša ekonomska situacija i nezaposlenost[74] povezuju sa samoubistvima i ubistvima, često i čitavih porodica. Na osnovu ostavljenih oproštajnih pisama saznajemo da su uzrok ozbiljni i nerešivi finansijski problemi za te porodice, pre svega za očeve koji su počinili ubistva i samoubistvo (Knežić, Savić, 2010). Dobijanje otkaza je takođe jedan od faktora za samoubistvo. Prema istraživanjima, i u bivšim republikama stare Jugoslavije povećana stopa suicida povezuje se sa društvenim faktorima i socijalnim problemima. Navodi se socijalno raslojavanje, materijalni problemi, učestvovanje u ratu i dostupnost oružja.

Važnost ekonomskih faktora primećena je i među kliničkom populacijom u kojoj se psihički poremećaj smatra najznačajnijim suicidogenim faktorom. Socioekonomski status je ipak *razdvojio* i dve grupe mladih muškaraca koji imaju psihičke probleme – na one sa nižim prihodima i višim stopama suicida od onih sa višim prihodima i nižim stopama suicida (Page et al. 2014: 4). Među adolescentima i mladima koji su imali kontakt sa psihijatrijskim institucijama, a kasnije i pokušali suicid, takođe je veći broj poticao iz porodica sa nižim socioekonomskim statusom. Bez obzira na najčešće dijagnoze koje su bile povezane sa pokušajem suicida mladih (poremećaj ličnosti, depresija, zloupotreba PAS) i povećanu ranjivost prve nedelje nakon prijema ili otpusta iz bolnice, niži socioekonomski status je povećao suicidni rizik. Porodice sa niskim socioekonomskim statusom imaju više porodičnih problema, roditelji češće pate od mentalnih bolesti ili zavisnosti od alkohola, sa manje mogućnosti da razumeju psihičke probleme i potrebe dece, da pokažu saosećanje i daju podršku, kao i nižu socijalnu podršku od onih sa višim i visokim prihodima, što kod mladih povećava rizik od suicida. Viši roditeljski prihodi, prema ovom istraživanju, mogu se smatrati zaštitnim faktorom suicidnog ponašanja kod adolescenata (Christiansen, Juul Larsen, 2012: 16–23).

---

74 Prema prosečnoj zaradi, Srbija se nalazi u grupi onih evropskih zemalja koje su „pri kraju liste", jer samo oko 10% stanovnika može da priušti „prosečnu potrošačku korpu". Oko 50% stanovništva ima prihode od 213 evra, a 10% veće od 444 evra (Krek, 2018. prema Filipović, 2018: 13).

Dakle, nisko obrazovanje i niski prihodi predstavljaju značajne socioekonomske faktore za suicid. Uključujući ove faktore, prevencija suicida bi se sastojala u ohrabrivanju ljudi da se obrazuju, ali pre svega u omogućavanju obrazovanja i obezbeđivanju radnih mesta.

4.4.3 Socioekonomski status u urbanim i ruralnim sredinama i suicidno ponašanje

Socioekonomski status predstavlja važan faktor u razmatranju rasprostranjenosti samoubistva, zavisno od mesta življenja, a po nalazima je u većini zemalja, posebno Zapadnih, viša stopa u urbanim sredinama, mada je značajan broj zemalja sa višim stopama u ruralnim sredinama. Razlika urbano – ruralno povezana je i sa polom i starošću, kulturom, bračnim statusom i etnicitetom, različitom dostupnošću zdravstvenih i socijalnih usluga i mentalnim statusom.

Tako je u Italiji, Švedskoj i Danskoj zastupljeniji suicid u urbanim oblastima. Istraživanja u Danskoj ukazuju na protektivne faktore u urbanim sredinama, kao što su brak, veći prihodi, nacionalnost, kao i na rizične (posebno za žene starosti 25–34 i preko 65 godina) kao što su niži socioekonomski status i mentalno oboljenje. Za razliku od ovih zemalja, u Kini i muškarci i žene iz ruralnih oblasti imaju tri puta višu stopu samoubistva u odnosu na ljude iz urbanih, a posebno je vidna razlika među starijim stanovništvom. U Grčkoj je takođe viša stopa suicida u ruralnim sredinama, i to duplo u odnosu na urbanu, a slično je i u Finskoj. U SAD je u svim regionima zastupljeniji suicid u manjim gradovima i u selima u odnosu na velike gradove. U Australiji je nađena značajna razlika u stopama suicida, ali samo među muškarcima u ruralnim oblastima starosti od 15 do 24 godine (ne i ženama), koja je 1,4 puta viša u odnosu na muškarce u gradovima. Prema načinu izvršenja suicida, prema nekim nalazima, u selima je češća upotreba vatrenog oružja (Engleska, Vels) i pesticida (Kina, Šri Lanka, Indija) (Qin, 2012: 93–94).

Prema psihološkim autopsijama, stanovnici gradova su pre izvršenja suicida imali veći broj stresova, mentalna oboljenja i odvajanja od drugih, za razliku od stanovnika ruralnih oblasti koji su češće bolovali od somatskih bolesti.[75] Ipak, u ruralnim sredinama veća stigma prema mentalnim oboljenjima sprečava obolele da na vreme potraže pomoć, što je dodatni rizičan faktor za suicid u odnosu na gradsku sredinu. Smatra se da veli-

75 Značajan broj studija ukazuje i na povezanost urbanog prostora sa prevalencom shizofrenije, depresije, upotrebe alkohola i droga (McGrath et al. 2004; Mortensen et al. 1999; Sundquist et al. 2004; Van Os et al. 2001; Sundquist et al. 2004; Wang, 2004. prema Qin, 2012: 95).

ke demografske i socijalne promene koje su se dogodile u poslednjih par decenija, kao što su više stope razvoda, zaposlenost žena, nejednakost prihoda, veliki broj članova domaćinstva u malom životnom prostoru, negativnije utiču na stanovništvo u ruralnim sredinama. Proces urbanizacije i modernizacije takođe može uticati na smanjen nivo socijalne kohezije u ruralnim oblastima (Isto, 94–97).

Na kraju, značajni faktori koji utiču na rasprostranjenost suicida u odnosu ruralno – urbano mogu se podeliti u tri grupe, i to: lične karakteristike stanovnika; karakteristike konteksta – fizičkog i socijalnog okruženja, sociokulturne i istorijske karakteristike zajednica.

4.5 Rizična zanimanja, uslovi rada i suicidno ponašanje

Povezanost između određenih zanimanja i suicidnog ponašanja primećena je u mnogim zemljama. U rizična zanimanja često se ubrajaju: zdravstveni radnici – lekari, stomatolozi, farmaceuti, medicinske sestre, veterinari, potom menadžeri, policajci, vatrogasci, kao i zemljoradnici i nekvalifikovani radnici. Nađeno je da određeni uslovi na radnom mestu mogu biti uzrok suicidnog ponašanja, pa se u rizične faktore ubrajaju: konfliktna očekivanja u profesionalnoj ulozi, preopterećenost i tendencija ka „sagorevanju" (*burnout*), visoki zahtevi za besprekornošću u radu, autoritarna hijerarhija, i drugi. Ima više pretpostavki o povezanosti medicinskih profesija sa samoubistvom, a znatno manje empirijskih istraživanja. Tako se govori o ličnim karakteristikama, stresu na poslu, dostupnosti lekova koji mogu dovesti do smrtnog ishoda, profesionalnoj i socijalnoj izolovanosti, stigmi povezanoj sa mentalnim oboljenjima, zloupotrebi PAS, stavovima prema smrti i eutanaziji.

Na primer, prema podacima o zanimanjima i stopi suicida u Švedskoj (Leymann, Gustafsson, 2014: 9–14), a prema ranijim istraživanjima (kroz tri perioda u godinama 1961–1979), lekari, žene i muškarci imaju najviše stope, potom stomatolozi muškarci, medicinske sestre i medicinski tehničari, osobe koje se bave mentalnim zdravljem, baštovani, šumari, radnici koji rade na mašinama i nekvalifikovani radnici. Kod zaposlenih osoba koje su pokušale suicid primećene su psihosomatske tegobe, povezane sa dugim radnim vremenom i nemogućnošću kontrole radnih uslova i situacije na poslu, koji mogu da vode ka osećanju bespomoćnosti, depresiji i pokušajima suicida. Nađena je povezanost između stresa i psihosomatskih tegoba sa slabim mogućnostima za edukaciju, učenjem novih veština, napredovanjem i monotonim poslom. Kod muškaraca je češća veza sa malim mogućnostima učenja novih veština, dok je kod žena monoton i težak

posao više povezan sa suicidnim ponašanjem. Tako se medicinske sestre smatraju rizičnom grupom za suicid zbog stresnog rada sa bolesnim ljudima, prekomernog umora, dobijanja male socijalne podrške na radnom mestu i mobinga od strane lekara. Ipak, žene lekari imaju najviše stope suicida, a jedan od razloga je sukob uloga (nemogućnost *usaglašavanja* uloga u kući i na poslu).

U SAD (Eaton et al. 1990. prema Wilhelm et al. 2004: 868) nađeni su faktori rizika za depresiju (moguće i suicidno ponašanje) među tri profesionalne grupe, i to: advokatima, nastavnicima (koji su radili sa starijom populacijom) i savetnicima.

Medicinsko osoblje u Australiji takođe ima više stope pokušaja suicida u odnosu na stručnjake drugih profesija. Među anesteziolozima pripravnicima, prema nalazima istraživanja (Castanelli et al. prema Roberts, 2017: 660), prisutno je „sagorevanje na poslu", emocionalna iscrpljenost, nezadovoljstvo timom u kome mladi treba da steknu znanje i iskustvo, a prisutan je i cinizam starijih. Ispiti i ne/nalaženje stalnog posla takođe izazivaju stres. Među mladim anesteziolozima prisutni su anksioznost i depresija, koji se često kriju zbog bojazni da im otkrivanje takvih informacija ne ugrozi karijeru. Prekomeran rad, umor, stres, lični problemi i neadekvatni načini izlaženja na kraj sa ovim problemima (često uzimanje alkohola i lekova) utiču na kvalitetan rad sa pacijentima, što predstavlja ozbiljan problem, ne samo za zdravstveni sistem, već za celo društvo. Dakle, potrebno je stvarati, pre svega, „zdrava radna mesta"[76] i razvijati rezilijentnost[77] kod mladih anesteziologa. Drugo istraživanje, rađeno u Australiji u državi Viktorija, ukazuje da je od ukupnog broja suicida, u periodu 2000–2007, 17% bilo povezano sa radnim mestom. Nađena je najsnažnija povezanost između samoubistva i stresora na radnom mestu kod muškaraca – menadžera, tehničara i radnika, a nešto manja kod inženjera i računovođa (Hazel Routley, Ozanne-Smith, 2012: 131–133).

U Engleskoj i Velsu visokorizične grupe za suicid takođe su lekari, medicinske sestre i veterinari, stomatolozi, socijalni radnici (Charlton,

76 Neki predlozi za ovakva radna mesta u zdravstvu odnose se na stvaranje drugačije atmosfere za rad i edukaciju, koji podrazumevaju: uključivanje mlađeg osoblja u organizaciju rada i upravljanje na Odeljenjima, formalno uređeno učenje i individualne supervizore, priznavanje doprinosa mladih, podršku i pohvalu za zalaganje i odgovornost. Klinika Mejo (Mayo) predložila je određene organizacione strategije za poboljšanje dobrobiti lekara: prepoznavanje i procena problema; fokusiranje na posebna pitanja unutar tima, odeljenja; optimizacija liderstva; uspostavljanje dobrih odnosa među kolegama; jačanje *zajedničke posvećenosti* (radu, problemima, rešenjima) itd. (Roberts, 2017: 660).

77 Rezilijentnost je sposobnost zdravog i adaptivnog reagovanja na stres – upravljanje stresom tj. sposobnost uspešnog suočavanja i prevazilaženja teških životnih okolnosti. Može da se uči (izgrađuje) kroz dobro osmišljene programe.

1995; Steck, 2001. prema Wilhelm et al. 2004: 868). U Velikoj Britaniji stopa suicida veterinara je 4 puta veća u odnosu na opštu populaciju, i dva puta u odnosu na druge medicinske stručnjake. U značajnom procentu zastupljene su depresija, anksioznost, kao i suicidne misli. Ispitanici takođe ističu nezadovoljstvo psihosocijalnim uslovima rada i slabu podršku rukovodilaca. Najčešće su to mlađi veterinari, koji često rade na univerzitetima i u dobrotvorne svrhe. Slični podaci se dobijaju i iz Australije, SAD i Norveške (Bartram et al. 2009: 1078–1081).

U SAD se takođe ukazuje na prisustvo visokog stresa i suicidnih misli među medicinskim osobljem koje radi u službi hitne pomoći (HP) i među vatrogascima. Ove dve profesionalne grupe deset puta češće razmišljaju o samoubistvu u odnosu na opštu odraslu populaciju. Pokušaje suicida imalo je 6,6%, dok je u opštoj populaciji taj broj 0,5%. U toku 2012. suicid je izvršilo 759 vatrogasaca, što je značajno više u odnosu na npr. policajce, koji takođe spadaju u rizičnu grupu – 125 do 300 policajaca svake godine izvrši suicid (Fitch, Marshall, 2016: 6). Generalno, poslovi koji su povezani sa hitnim slučajevima i zahtevaju hitne reakcije i brzo donošenje odluka vode ka većem riziku od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), akutnih i hroničnih stresnih reakcija i samoubistvu. Prisustvovanje situacijama u kojima su ljudi teško povređeni ili umrli često može dovesti do ozbiljnih promena mentalnog zdravlja (izazvanih ovim traumatičnim događajima). Ljudi koji rade na telefonskim linijama HP ili vatrogasnih službi (dispečeri) takođe su u riziku za PTSP. Zato su neophodni programi za prevazilaženje stresa i pomoć ovim profesionalnim grupama.

Prema nekim studijama, profesionalni sportisti i studenti fakulteta za sport smatraju se rizičnom grupom za suicid, iako, po nalazima, žive duže od ljudi koji se ne bave sportom zbog zdravijeg načina života, vežbanja u toku celog životnog veka i uglavnom nekonzumiranja alkohola i cigareta. Profesionalni sportisti imaju visoke zarade, slavu i, zajedno sa glumcima i rok zvezdama, npr. u SAD, čine veliki deo klase popularnih i poznatih ličnosti i objekte „obožavanja slavnih". Međutim, među sportistima ima nesrećnih slučajeva (često automobilskih), ubistava i samoubistava. Istraživanje samoubistva među sportistima (Stack, 2013: 30–34) u SAD (1985–1992) ukazuje da je u tri perioda stopa suicida bila viša od stope u opštoj populaciji, dok u drugim periodima nema bitne razlike. Stopa nasilnih smrti takođe je viša od stope u opštoj populaciji.

Svakako treba uzeti u obzir činjenicu da je u sportu više muškaraca, što povećava ove stope. Važno za objašnjenje visoke stope nasilnih smrti je pripadnost „sportskoj kulturi" i hegemona maskulinost – usmerenost ka agresiji, preuzimanju rizika, kompetitivnosti, višoj toleranciji na bol, što je povezano sa ponašanjem u sportu.

Policajci spadaju u visokorizičnu grupu za suicid jer je njihov posao povezan sa različitim vrstama trauma (sličnim su izloženi vojnici i vatrogasci). U pitanju su: nesreće sa smrtnim ishodom, zlostavljanje dece, ubistva, samoubistva, silovanja... Prisutno je i često izlaganje situacijama opasnim po život. Zato policajci mogu da obole od posttraumatskog stresnog poremećaja koji je povezan sa zloupotrebom alkohola i samoubistvom. U toku čitavog radnog veka i kroz različite životne cikluse mogu da se suočavaju sa traumatičnim događajima.

Prema istraživanjima, policajci koji su imali traumatične događaje pre zapošljavanja teže se suočavaju sa novim traumama povezanim sa poslom. Početak rada, proces obuke i prihvatanje profesionalne uloge takođe je važan za dalje funkcionisanje i izlaženje na kraj sa stresnim situacijama. U početku posao može da izgleda veoma uzbudljivo. Neki policajci mogu postati zavisni[78] od takve vrste uzbuđenja i izloženosti opasnostima, a kada toga nema postanu depresivni. Ipak je rad u smenama, suočavanje sa različitim vrstama kriminalnog ponašanja, izlaganje opasnostima, nedovoljno uvažavanje profesije i angažmana od strane ljudi u zajednici češće uzrok nezadovoljstva i stresa. Osim stresa na poslu, policajci se mogu suočavati sa stresom van radne sredine, npr. razvod, porodični problemi, finansijske teškoće, bolesti u porodici. Ovakvi životni događaji, zajedno sa stresom na poslu, mogu dovesti do razvoja psihičkih poremećaja, kao i suicidnog ponašanja (Violanti, 2011: 33–43).

Stres se povezuje i sa upotrebom sile. Policajac je edukovan da u određenim (zakonom propisanim) situacijama povredi, onesposobi i liši života drugog. S jedne strane, ukoliko ne upotrebi oružje može da bude kažnjen, a sa druge, ukoliko ubije može da izazove negativnu socijalnu reakciju. Ovakva kontradiktorna očekivanja mogu negativno da utiču na mentalno zdravlje. Stoga policajci imaju stavove (koji su karakteristični za njihovu potkulturu) da je javnost nerazumno zahtevna i nekooperativna i da su oni jedini pravi borci protiv kriminala, dok drugi ne razumeju prirodu policijskog posla, da se rat protiv kriminala može voditi jedino ukoliko se zaobilaze pravila, te da je najvažnija lojalnost prema kolegama (Reid, 1991; Siegel, Senna, 2007. prema Ignjatović, 2015: 162).

U periodu 1984–1989. u tri ispitivane profesionalne grupacije u SAD najviše stope suicida bile su zastupljene među vojskom (prosek 116 na godišnjem nivou), potom policijom (77) i vatrogascima (17). Policajci (Amerikanci i Amerikanke) imaju znatno višu stopu suicida u odnosu na policajce

78 Vilson (Wilson, 1980. prema Violanti, 2011: 42) ih je nazvao zavisnicima (narkomanima) od akcije – „action junkies". Povećanje uzbuđenja kod traumatizovanih osoba smanjuje sposobnost za procenu situacija, otežava donošenje racionalnih odluka, dovodi do preosetljivosti i teškog uspostavljanja stanja smirenosti.

Afroamerikance/ke, i to najčešće u starosnoj dobi od 21 do 30 godina, sa trendom rasta. Najčešće sredstvo za izvršenje suicida je vatreno oružje. Prema kasnijim istraživanjima (2008, 2009), policajci su najčešće vršili suicid u starosnoj dobi od 30 do 35 godina, sa radnim stažom od 10 do 14 godina, i to policajci na nižim pozicijama. Policajci na višim pozicijama su skrivali da imaju psihičke tegobe jer nisu želeli da ih drugi vide kao „slabiće i kukavice", što nije u skladu sa policijskim kodeksom, iako se pokazalo da je njih 64% pre izvršenja suicida imalo psihičke probleme. Policajci podržavaju „mit o neuništivosti" i samoubistvo smatraju sramotom za žrtvu i profesiju. Kako navodi Ritter (2007), nikada se ne čuje: „Bojim se, pogrešio sam". Često su pre izvršenja suicida policajci imali probleme na poslu i/ili u porodici, bili depresivni, teško podnosili stresne životne situacije i konzumirali alkohol (Violanti, O'Hara, 2011: 17–19, 28–29; Violanti, Samuels, 2007).

Suicidi su česti i među starijim policajcima, a češći su ukoliko su prisutni alkoholizam i somatske bolesti. Neki doživljavaju odlazak u penziju kao gubitak moći, statusa, podrške i pripadanja, poštovanja, drugara, u stvari – „policijske porodice" i snažne i tradicionalne strukture. Posle penzionisanja je teško uspostaviti socijalne kontakte sa civilima i naći grupu koja može da zameni policijsku supkulturu.[79] Policajci se bez strukture (jasno određenih pravila i reda) u kojoj su živeli više od 20 godina otežano snalaze u socijalnim relacijama. Prema ranijim podacima (Gaska, 1980), penzionisani policijaci su u deset puta većem riziku da izvrše suicid, a posebno u periodu pred odlazak u penziju, jer se povećava anksioznost povezana sa napuštanjem rada (Violanti, Samuels, 2007: 73–77).

Prema nekim podacima, stopa suicida policajaca je skoro dva puta veća u odnosu na opštu populaciju, a navode se i „nesrećni slučajevi" iza kojih se kriju samoubistva (Grant, Terry, 2005. prema Ignjatović, 2015: 161). Međutim, sa sve većom upotrebom interneta, informacije o samoubistvima policajaca teže je sakriti nego ranije. Ipak, Violanti (2007) navodi da se 17% samoubistava policajaca pogrešno klasifikuju kao nesreće i neodređene smrti.

4.5.1 Uslovi rada i suicidno ponašanje

Loši uslovi rada, neadekvatni poslovi, loši odnosi između kolega i nedovoljna kontrola nad procesom rada, smatraju se značajnim prediktorima depresivnog poremećaja koji može dovesti do suicidnog ponašanja. S druge strane, depresivne osobe češće odsustvuju sa posla, njihova pro-

79 Neki autori policijsku supkulturu opisuju kao „zatvoreno društvo" sa snažnom kohezijom i zakonima tišine i tajnosti, čiji opstanak zavisi od poštovanja pravila (Westley, 1970; Reiss & Bordua, 1967; Wilson, 1973; Skolnick, 1972; Neiderhoffer, 1967. prema Violanti, Samuels, 2007: 77).

duktivnost opada, imaju problem sa donošenjem odluka i uspostavljanjem kontakata sa kolegama. Ukoliko su na rukovodećoj poziciji, neadekvatne odluke mogu da ugroze sigurnost drugih. Takođe su u riziku grupe otpuštenih radnika ili radnika koji u dugom vremenskom periodu rade na određeno vreme, sa stalnim prekidima radnog odnosa i neizvesnošću oko ponovnog zapošljavanja. Važno je razmatrati i povezanost između suicidnog ponašanja sa odsustvovanjem sa posla (bolovanjima) i invalidskim penzijama, dobijenih zbog povreda na radu ili razvoja bolesti povezanih sa radom, međutim, ovakva istraživanja su retka.[80] Nađeno je da funkcionalna oštećenja povezana sa radom uslovljavaju visoku prevalencu bolovanja, finansijske probleme i socijalnu izolovanost.

Dalje u tekstu biće navedeno nekoliko studija koje potvrđuju pretpostavke o povezanosti rada na određeno vreme, kratkih ugovora, otkaza, loše radne atmosfere i slabe podrške od strane šefova i kolega sa suicidnim ponašanjem zaposlenih.

O povezanosti bolovanja, zbog bolesti ili povreda na radu, sa suicidnim ponašanjem, ukazuje istraživanje rađeno u Švedskoj[81] (Wang et al. 2015: 3–7). Polovina osoba koje su izvršile samoubistvo imale su nekoliko meseci bolovanja godišnje, a jedna trećina čak 10 meseci. Pre izvršenja suicida, 16,1% radnika je imalo češća i duža odsustvovanja s posla. Veći je broj žena, koje su izvršile suicid, bolnički lečeno zbog psihičkih i somatskih bolesti kao i pokušaja suicida, u odnosu na muškarce. Uslovi rada i nesigurnost zaposlenja dovode do različitih posledica po mentalno zdravlje radnika. Kanadska studija o zaposlenima u pilanama takođe ukazuje na ovu povezanost. Pokazalo se da su, pored analiziranih sociodemografskih karakteristika, psihosocijalni faktori na radnom mestu povezani sa pokušajima suicida i suicidom. U većem riziku za ovakvo ponašanje bili su radnici koji su otpuštani i ponovo primani na posao, kao i oni koji su obavljali manje zahtevne (složene) poslove (Ostry et al. 2007: 268–270).

O povezanosti povreda na radu, hroničnih bolesti, rada na određeno vreme i nemogućnosti dobijanja stalnog zaposlenja, otpuštanja radnika, finansijskih i pravnih problema i slabe podrške kolega sa suicidnim ponašanjem saznajemo iz studije o građevinskim radnicima iz Australije.[82] Po-

---

80 Zato bi longitudinalne studije mogle da ukažu na kretanje, tj. *putanje* – od oboljevanja do suicidnog ponašanja, sa svim rizičnim faktorima.

81 U pitanju je retrospektivna studija. Uzorak je činilo 4.209 osoba koje su izvršile suicid u periodu 2007–2010, starosti od 22 do 65 godina. Istraživane su sociodemografske karakteristike i zdravstveno stanje 5 godina pre izvršenog suicida. Prema nalazima, 29,1% žena je počinilo suicid, dok su ostalih 70% muškarci.

82 Preko 50% muškaraca u Australiji koji su izvršili suicid bili su u radnom odnosu. U okviru ove grupe suicidanata često se nalaze građevinski radnici sa nižim kvalifikacijama. Slični podaci su dobijeni i u Velikoj Britaniji.

red socioekonomskih faktora rizičnih za suicid građevinskih radnika, koji se navode i u drugim zemljama, važni su: nesigurnost posla i kratkoročni ugovori, nestabilno tržište rada, dugo radno vreme, mobing, upotreba alkohola i drugih PAS (Milner et al. 2017: 1–5).

I u drugim studijama je potvrđena povezanost samoubistva sa radnim uslovima i specifičnim zanimanjima, ali je istaknuta neophodnost uključivanja sociodemografskih varijabli. Kada se uključe pol, bračno stanje i starost može da se promeni odnos tj. smanji ili poveća razlika u stopama između specifičnih zanimanja i opšte populacije ili drugih zanimanja. Tako je napravljena podela na grupe zanimanja (osobe izložene visokostresnim faktorima na poslu) (Wilhelm et al. 2004: 869–871) u odnosu na vrstu posla i način interakcije sa drugim osobama u radnom kontekstu: 1. ljudi koji su na „prvoj liniji fronta" i brzo i efikasno moraju da zbrinu druge ljude (vatrogasci, policajci, medicinsko osoblje u HP, vojnici); 2. ljudi koji pomažu (zbrinjavaju) drugima i sa kojima su u vremenski dužem kontaktu u odnosu na prvu grupu (medicinsko osoblje, nastavnici, sveštenici, osoblje u zatvorima); 3. ljudi koji su vlasnici manjih firmi u kojima su i samozaposleni; 4. politički i biznis lideri, sudije, menadžeri.

Zanimanja povezana sa radom sa ljudima (klijentima, pacijentima, prestupnicima...) i dostupnost sredstava za izvršenje suicida predstavljaju dva visokorizična faktora za suicid. Ipak su korelacije veoma složene, a ima i pretpostavki o povezanosti „suicidnih ličnosti" sa traženjem i obavljanjem visokorizičnih zanimanja. Ova pretpostavka je, po našem mišljenju, znatno manje važna od uslova rada. Zato će u tekstu koji sledi biti razmatrano zlostavljanje na poslu i povezanost sa mentalnim zdravljem i suicidnim ponašanjem.

4.5.2 Zlostavljanje na radnom mestu (*mobbing*, *workplace bullying*) i suicidno ponašanje

Zlostavljanje na radnom mestu (*workplace bullying*), koje se događa relativno često, predstavlja ozbiljnu pretnju za sigurnost i zdravlje zaposlenih, radnu organizaciju i društvo, te je stoga značajna tema za istraživanja i politike. Ova tema je dugo bila zanemarivana u naučnim krugovima, tako da su sistematska istraživanja mobinga počela tek krajem 1980-ih u Skandinavskim zemljama, a prvi Zakon protiv zlostavljanja na radnom mestu donet je u Švedskoj (Saunders i sarad. 2007. prema Čizmić, Vukelić, 2010: 63).[83]

83 Godine 1996. publikovano je specijalno izdanje *Evropskog časopisa za psihologiju rada i organizacije* posvećeno temi mobinga, a kasnije Einarsen i saradnici konstruišu Upitnik o negativnim postupcima *(Negative Acts Questionnaire*), koji je kasnije korišćen u preko 100 istraživačkih projekata (Čizmić, Vukelić, 2010: 63).

U zemljama zapadne Evrope raste prevalenca viktimizacije od zlostavljanja na radnom mestu, kao i u drugim zemljama. Procenjuje se da je prevalenca od 5 do 18% (Nielsen, Matthiesen, & Einarsen, 2010. prema Francioli et al. 2016: 452).[84] Mobing[85] je „veoma skup" jer smanjuje produktivnost i motivaciju za rad, s jedne strane, a povećava broj odsustvovanja i bolovanja zbog narušavanja zdravlja radnika, sa druge. Žrtve zlostavljanja na radnom mestu oboljevaju od depresije, anksioznosti, posttraumatskog stresnog poremećaja, poremećaja sna i mogu imati suicidne misli, pokušati ili izvršiti suicid.

Zlostavljanje na radnom mestu (*workplace bullying*) definiše[86] se kao kontraproduktivno ponašanje na radnom mestu, potom zloupotreba, maltretiranje, mobing usmeren prema saradnicima. Druge definicije uključuju i zloupotrebu supervizije, emocionalno zlostavljanje na radnom mestu, necivilizovano ponašanje, podrivanje profesionalnih veština, interpersonalne konflikte, seksualno uznemiravanje, fizičku agresiju na radnom mestu i viktimizaciju. Stoga su i buling na radnom mestu i mobing usmereni ka sistematskom proganjanju kolega (podređenih i nadređenih) i mogu dovesti do ozbiljnih socijalnih i psiholoških posledica po žrtve (Valentine et al. 2015: 144). Osim ličnih karakteristika žrtava mobinga, navode se

84 U zemljama EU, prema nalazima iz 2001, najviše žrtava mobinga nalazi se među zaposlenima u javnoj upravi (13%), trgovini (11%), bankama (10%), dok su najčešće žrtve stručnjaci i službenici koji rade u ovim oblastima bez regulisanog radnog statusa. Češće su mobingom viktimizovane žene u odnosu na muškarce. Posledice mobinga najčešće su stanja stresa (47%) i odsustvovanje sa posla (37%) (Vuković, 2006: 9–10). U Srbiji je mobing najrasprostranjeniji u: državnoj upravi i odbrani (14%), školstvu i zdravstvu (12%), hotelijerstvu i restoranima (12%), delatnostima transporta i komunikacija (12%), trgovini (9%), u rudarstvu i prerađivačkoj industriji (6%), finansijskom posredovanju (5%), građevinarstvu (5%), elektroprivredi i vodoprivredi (3%), poljoprivredi i ribarstvu (3%) (Trišić, Petrović, 2017: 42).

85 Termin *mobbing* prvi put je uveden u literaturu 1984. godine od strane Hajnca Lejmana (Heinz Leymann) i definisan kao poseban oblik kolektivne agresije. Od tada se sve veći broj studija bavi mobingom, a neke od njih i povezanošću sa samoubistvom (Leymann, Gustafsson, 2014: 9). Termin mobing je prvo upotrebljen za opis zlostavljanja u školskom okruženju (od strane švedskog lekara), i to vrste dugotrajnog hostilnog ponašanja koje podrazumeva udruživanje dece i okretanje protiv jednog deteta ili više njih (Čizmić, Vukelić, 2010: 64).

86 Pri definisanju mobinga (Einarsen, 2000; Saunders i sarad. 2007. prema Čizmić, Vukelić, 2010: 64–65) važno je uzeti u obzir pet komponenata, i to: izloženost nekoj vrsti direktnog ili indirektnog negativnog oblika ponašanja na radnom mestu koje dovodi do negativnog efekta po žrtvu, potom neuravnotežene pozicije moći žrtve i napadača, ponavljanje takvog ponašanja, i doživljaj pojedinca da je žrtva zlostavljanja. U literaturi se navode horizontalni i vertikalni mobing. Prvi podrazumeva zlostavljanje osobe ili osoba koji imaju isti status, sličnu ulogu i istu količinu moći, a drugi se kreće u dva smera: „odozgo naniže", u kome osobe na višim pozicijama zlostavljaju one na nižim i „odozdo na gore" (što je ređi slučaj) u kome osobe na nižim pozicijama mobinguju one na višim (Trišić, Petrović, 2017: 40).

i organizacioni faktori koji doprinose ovom fenomenu – negativni oblici liderstva, neadekvatan dizajn posla i širi vidovi organizacione kulture i klime (Čizmić, Vukelić, 2010: 70).

Ukoliko radno okruženje podstiče agresivno ponašanje i snažnu konkurenciju za određena radna mesta, kao i norme koje ističu „preživljavanje najpogodnijih", mobing će biti češća pojava. U firmama takođe može da se očekuje ponašanje supervizora u skladu sa tradicionalnim muško-ženskim ulogama. Stoga bi supervizori trebalo da budu dominantni, nezavisni i agresivni, a supervizorke taktične, empatične i nežne. U ovakvom okruženju, supervizori agresivno ponašanje mogu da smatraju adekvatnim i neophodnim, te i da ga primenjuju (Wang, Hsieh, 2016: 632–633). Pored radnog okruženja, značajnim za zlostavljanje na poslu smatraju se lični faktori zlostavljača, kao što su: samopoštovanje, socijalna kompetentnost, naučeno ponašanje i socijalno odbacivanje. Zlostavljači mogu biti osobe sa visokim nivoom samopoštovanja, uz perfekcionizam, arogantnost i narcizam. To mogu biti osobe sa višim, ali nestabilnim samopoštovanjem. Važnu ulogu ima i naučeno ponašanje. Zlostavljač je često bio žrtva zlostavljanja u porodičnom okruženju, koji dugo „gaji" ljutnju i želju za osvetom (Hidzir et al. 2017: 3–5).

Istraživanje o rodnim razlikama i zlostavljanju na poslu[87] (Wang, Hsieh, 2016: 631, 636) ukazuje na to da su muškarci češće žrtve bulinga na radnom mestu u odnosu na žene. Muškarci supervizori češće vrše mobing u odnosu na žene supervizorke, a posebno muškarci supervizori (šefovi, načelnici...) prema ženama (radnicama). Mobing je prisutniji u državnim nego u privatnim firmama.

Prema podacima istraživanja rađenog u Srbiji u dve privatne firme (Vukelić, 2008), nađena je prisutnost vertikalnog mobinga koji je povezan sa kvalitetom obavljanja posla i reputacijom osobe. U ulozi mobera najčešće su oni koji imaju više moći – šefovi, rukovodioci, sa višim nivoom obrazovanja, a žrtve mobinga su češće sa nižim nivoom obrazovanja. Oko 50% ispitanika bilo je izloženo niskom nivou maltretiranja, 10,7% umerenom i 1% visokom nivou maltretiranja.

Specifičan odnos prema radu, koji je uslovljen kulturnim faktorima, može da dovede do suicidnog ponašanja. *Samoubijanje radom* ili karo-đisatsu u Japanu,[88] ne pominje se u drugim kulturama, niti se smatra samo-

87 Istraživanje je rađeno na Tajvanu na uzorku od 501 ispitanika – državnih službenika u poreskoj upravi.

88 Jedan od najozbiljnijih problema javnog zdravlja u Japanu su samoubistva. Procenjuje se da od 2004. svakog dana 100 ljudi izvrši suicid. Tako je 2005. broj umrlih usled suicida iznosio 30.000. Smatra se da je polovina samoubistava uzrokovana finansij-

ubistvom. Međutim, neophodno je posvetiti pažnju ovom fenomenu jer je veza između samoubistva i prekomernog rada očigledna i nameravana. U Japanu je prisutno više faktora povezanih sa radom koji dovode do stresa: prekomeran rad (od preko 50 časova nedeljno kod jedne petine populacije, kao i 1.713 godišnje), nedovoljno vremena za odmor i san, duža putovanja do posla. Tako se navode i dve vrste smrtnih ishoda povezanih sa radom – smrt usled karošija i *samoubistvo* (samoubijanje)[89] *radom* – karo-đisatsu.

Karoši se smatra složenim pravnim, sociološkim i psihološkim problemom. U pitanju je ekstremno dugo radno vreme, kratke pauze, loše radno okruženje, ogromna odgovornost i prevelik mentalni ili fizički napor. Akumulirani stres na poslu dovodi do srčanog i moždanog insulta koji je najčešći među sredovečnima.[90] Osobe koje su se „ubile radom" često su ostavljale pisma u kojima su se izvinjavali što nisu uspeli da ispune očekivanja kompanije i što su doveli u nevolju kompaniju i članove porodice (Kawanishi, 2008: 61–67).

Ove pojave su učestalije među muškom populacijom i povećavaju se poslednjih godina. Ovde su očito u pitanju specifičnosti japanske kulture, više nego ekonomski faktori – lojalnost firmi, shvatanje „dobrog radnika" kao onog koji ostaje duže na poslu i preuzima više od propisanog broja obaveza, nekorišćenje celog godišnjeg odmora, niti bolovanja. Dakle, zajednica (firma) je važnija od pojedinca i podrazumeva izgrađivanje: odgovornosti, discipline, istrajnosti, saradnje, entuzijazma, empatije, brige za druge radnike, snažne adaptabilnosti, uzdržavanja od ispoljavanja nezadovoljstva u firmi, pa i „umiranja za kompaniju" (Mentus, 2017: 129–139).

U tekstu koji sledi biće data dva prikaza slučaja, tj. kratko opisana dva primera zlostavljanja na radu. U pitanju su osobe koje su se obratile za pomoć privatnoj ordinaciji. Jedan od njih predstavlja specifičan oblik zlostavljanja na poslu u Beogradu, koji je odskoro prisutan na ovim prostorima, i koji smo nazvali *srpski karo-đisatsu*, a drugi, ne tako redak u muškim timovima – *podrivanje profesionalnih veština žena.*

---

skim teškoćama, nezaposlenošću i dugovima. Posebno rizičnu grupu predstavljaju muškarci u srednjim godinama i stariji radnici (Kawanishi, 2008: 61–62).

89 Ovde je možda primerenije govoriti o *samoubijanju radom*, kao i u slučaju konzumacije PAS, jer ovakav način života u kontinuitetu i postepeno narušava mentalno i fizičko zdravlje i na kraju dovodi do smrtnog ishoda.

90 Poznato je da Japanci imaju specifičan odnos prema smrti i da je, istorijski gledano, ovo bio pohvalan čin, počevši od samoubistva samuraja (seppuku), preko samoubistva ljubavnika zbog nemogućnosti da budu zajedno, do kamikaza. I danas su prisutna povremena zajednička samoubistva i percepcija samoubistva kao izvinjenja – „izviniti se smrću" zbog greške i sramote (Kawanishi, 2008: 63).

Prikaz slučaja 1. *Preživljavanje „srpskog karo-đisatsu-a“*

Aleksa (zamenjeno ime), starosti 28 godina, ekonomista, neoženjen, zaposlen, živi sam u Beogradu, obratio se za pomoć zbog iscrpljenosti, neraspoloženja, suicidnih ideja i sve učestalijeg konzumiranja alkohola. Aleksa je takođe opisao atmosferu na poslu i raspoloženje svojih kolega. U radnom odnosu je 4 godine u velikoj i uspešnoj privatnoj firmi. Platom je uglavnom zadovoljan, atmosferom na poslu takođe, ali radnim vremenom nije. Radi u timu sa mladim ljudima sa kojima se uglavnom dobro slaže. Na poslu se ostaje „onoliko koliko je potrebno“. U stvari radno vreme ne postoji, nego samo „vreme za koje treba da se završe poslovi“. Niko ne zahteva od njega da ostane od 2 do 6 sati posle radnog vremena, ali još manje da prvi ode sa posla. Ostajanje se očekuje i podrazumeva, ono predstavlja lojalnost firmi, kolegama, timu, šefici. U firmi je obezbeđena hrana (sa povoljnom cenom), odmor po potrebi (ne preteran), druženje u pauzi, osmeh, zaljubljivanje, tako da mladi radnici i nemaju velike potrebe da idu kući. Izgleda da tako „povoljnu atmosferu“ ne treba ni napuštati. Posle izvesnog vremena, od 3 do 5 godina, mladi ljudi, „zavedeni“ ovako posebnim i povoljnim uslovima rada počinju da osećaju probleme. Često su u pitanju psihosomatske tegobe za koje ne znaju odakle dolaze, povećana konzumacija alkohola vikendom i pad raspoloženja.

Prikaz slučaja 2. *„Mizoginija na delu“*

Danka (zamenjeno ime), starosti 30 godina, arhitekta, zaposlena, živi sa partnerom u Beogradu, nema dece, obratila se za pomoć privatnoj ordinaciji zbog neraspoloženja, nesanice i straha. U radnom odnosu je 3 godine u privatnom arhitektonskom birou. Opisuje lošu atmosferu na poslu, neuvažavanje njenog mišljenja, neuključivanje u poslove, nedavanje dovoljnog broja informacija, primedbe na dobra arhitektonska rešenja, što sve zajedno uzrokuje strah od gubitka posla. Tim čine stariji muškarci „koji ne vole da rade sa ženama“ i koji su u bivšoj firmi iz koje su došli radili samo u „pravom muškom okruženju“. Konzumiraju alkohol na poslu „radi opuštanja“ jer često „prihvataju kratke rokove za obavljanje ozbiljnih poslova“. Danka je pokušavala na lep način da im skrene pažnju na često neuvažavanje njenih odluka (važnih za projekte), na ponašanje prema njoj, ali se sve završavalo šalom i rečima „ima vremena još si ti mlada“. Danka je počela sve lošije da se oseća i požalila se vlasniku biroa, „koji je razume“, ali ne želi da se zamera starim drugovima, i pored toga što naručioci projekata vraćaju loša rešenja na doradu ili menjanje.

5. Manjinske i vulnerabilne grupe i suicid

5.1 Imigracija i pripadnost etničkim manjinama kao faktor rizika za suicid

Fenomen međunarodnih migracija je karakteristika savremenog društva i u poslednjih 50 godina nivo imigracija se udvostručio. Procenjuje se da širom sveta ima oko 200 miliona imigranata. Uobičajen smer međunarodnih migracionih kretanja je od ekonomski manje razvijenih ka razvijenijim zemljama, a posebno od juga ka severu. Kao najopštiji faktori migracija navode se ekonomski, politički i demografski, a u poslednje vreme se ističe značaj socijalnih mreža (neformalne migrantske mreže) (Castles, 2007: 351; Penev, Predojević-Despić, 2012: 35–36) koje mogu da pokrenu, osnaže i učvrste odluku o migraciji. Migracije donose različite procese, kao što su uvođenje „novih" kulturnih praksi, ponovno građenje (preoblikovanje) socijalnih mreža, kao i stvaranje etničkih i verskih zajednica (Cook, 2010: 259).

Pored pozitivnih posledica migracija, koje se odnose na različite multikulturalne zajednice, migranti se suočavaju sa nizom izazova i problema u novoj sredini. Podaci ukazuju da je prevalenca psihičkih poremećaja, kao i suicidnog ponašanja, viša među imigrantima u odnosu na starosedeoce, mada ima i suprotnih nalaza. Smatra se da su imigranti koji su više vezani i *zavisni* od svoje nacije vulnerabilniji u odnosu na one koji to nisu. Među starijim migrantima u zemljama EU ima dosta onih koji su deprivirani i socijalno isključeni. Stariji migranti iz Velike Britanije (oni koji traže azil, izbeglice i oni koji dolaze radi spajanja porodice) imaju slabiju socijalnu

podršku u odnosu na migrante koji su u zemlju prijema došli kao mladi odrasli. Iako formalno mogu da dobiju državljanstvo, stariji migranti se suočavaju sa različitim nivoima isključivanja – nemogućnostima dobijanja socijalne podrške zbog nedostatka znanja, iskustva i nedovoljnog doprinosa fondovima socijalnog osiguranja. Navodi se i otežan pristup korišćenju usluga pravnih službi (Bajekal et al. 2004; Dwyer and Papadimitriou, 2006: 1315; Nazroo et al. 2004: 59 prema Cook, 2010: 254–259).

U mnogim društvima, ljudi koji pripadaju etničkim manjinama suočavaju se sa manjim ili većim stepenom diskriminacije. Međutim, etnička pripadnost uključuje i druge značajne faktore koji zajedno predstavljaju rizik za suicid i koje je neophodno ispitati da bi se ovaj fenomen bolje razumeo. Diskriminacija je češće prisutna ukoliko su ljudi siromašni i nižeg socijalnog statusa, tako da se siromaštvo, otuđenje od većinskog stanovništva i smanjen pristup društvenim resursima, uz pripadnost etničkoj manjini, smatraju rizičnim faktorima za mentalno zdravlje i suicid. Ipak, većina istraživanja rađena je u SAD i Zapadnim zemljama, te su podaci o ovoj povezanosti u drugim zemljama nepoznati.

Istraživanja rađena u evropskim zemljama uglavnom ukazuju na više stope suicida među pripadnicima etničkih manjina u odnosu na autohtono stanovništvo. Ipak, niži socioekonomski status povećava stope suicida. Suprotno od ovih nalaza, u SAD Afroamerikanci imaju nižu stopu suicida u odnosu na Amerikance, a posebno je vidna razlika u kategoriji starijih muškaraca. Takođe je nađeno da se manji broj Kineza samopovređuje u odnosu na pripadnike autohtonog stanovništva u Velikoj Britaniji. Potom, u SAD najvišu stopu među Hispano Amerikancima imaju Portorikanci. Istraživanja više različitih etničkih grupacija u evropskim zemljama, Kanadi i SAD nalaze i različite rizične i protektivne faktore za suicidno ponašanje, koji potiču iz različitih etniciteta, kultura i religija. U tekstu koji sledi biće prikazani nalazi nekoliko istraživanja iz različitih zemalja.

Samopovređivanje u SAD prisutno je u svim etničkim i rasnim grupacijama,[91] a najviše stope suicida nađene su među Hispano Amerikancima. Više faktora uzrokuje razlike, koje su podeljene na individualne (zloupotreba alkohola i drugih PAS, i mentalne bolesti), porodične i vršnjačke (*rasturanje* porodice, suicidno ponašanje drugih – članova poro-

91 Analiza uzroka smrti u periodu 1999–2007. pokazala je da su od ukupnog broja suicida (34.598) 83,5% izvršili Amerikanci, 7,1% Hispano Amerikanci, 5,5% Afroamerikanci i Amerikanci Indijci 1,1%. Odnos između polova je različit, iako u svim etničkim grupacijama dominiraju muškarci. Među Amerikancima je odnos 3,8, dok je među Hispano Amerikancima i Afroamerikancima 5,0. Što se tiče starosti, najviše stope suicida su među adolescentima i mladim odraslim, i to kod Amerikanaca Indijaca, potom Hispano i Afroamerikanaca, dok su kod Amerikanaca u starosnoj grupi od 40 do 54.

dice ili vršnjaka) i društvene (siromaštvo, nezaposlenost, diskriminacija, istorija trauma – emocionalna povređivanja kroz generacije). Iako se duhovni i kulturni faktori u zajednicama etničkih manjina smatraju protektivnim, često nisu *snažniji* od rizičnih (Crosby et al. 2011: 56–57).

Razlika u stopama suicida između muškaraca Afroamerikanaca i Amerikanaca, koja je ranije bila vidna, u poslednjih 20 godina se približava (posebno među mlađim muškarcima). Ovaj fenomen se objašnjava različitim faktorima. Smatra se da je ranija niža stopa suicida kod Afroamerikanaca bila povezana sa religioznošću i razvijenim tehnikama suočavanja sa problemima diskriminacije (strategijama preživljavanja), gde se krivica za takvo stanje pripisivala rasizmu, a ne ličnim greškama i neuspesima. Približavanje stopa suicida objašnjava se porastom socijalne integracije Afroamerikanaca i slabljenjem tradicionalnih tehnika za preživljavanje i uticaja religije, sa jedne strane, dok sa druge raste broj socijalno ugroženih zbog procesa deindustralizacije u mnogim gradovima u SAD. Takođe, Afroamerikanci koji su u procesu integracije i udaljavaju se od crkve i nekih organizacija, a ne uspevaju da se socijalno integrišu među većinsko stanovništvo, spadaju u rizičnu grupu za suicid (Groholt, et al., 2000; Garlow, et al., 2005; Joe, 2006. prema Thompson, 2012: 74–76).

U jednoj studiji pronađena je povezanost između velike (*major*) depresije i pokušaja i izvršenih samoubistava među različitim Hispano etničkim grupama u SAD (Meksikanci Amerikanci, Portorikanci Amerikanci i Kubanci Amerikanci), ali i među drugim, podjednako značajnim faktorima za suicid.[92] Pokušaji suicida su dominantni među Portorikancima. Razlike se povezuju sa migracionim procesom, socioekonomskim statusom i akulturacijom. Kao faktori rizika za suicid navode se poremećeni porodični odnosi i nizak socioekonomski status. Takođe se navode kulturne specifičnosti, kao što su stavovi prema suicidu, tj. veća prihvaćenost suicidnog ponašanja (manja stigma) među Portorikancima, kao i psihički poremećaji i zavisnost od PAS. Psihički problem, koji je kulturno determinisan kod Portorikanaca, poznat pod nazivom *ataque de nervious*, dovodi do impulsivnog i disocijativnog ponašanja koje se vezuje za pokušaje suicida. Viši nivo obrazovanja se u nekim studijama povezuje sa ređim javljanjem ovog psihičkog poremećaja. Autori ističu da prisustvo depresije jeste važno, ali su potrebni i drugi rizični faktori za suicidno ponašanje (Oquendo et al. 2004: 446–449).

92 Najviše stope depresije nađene su kod Portorikanaca i kod Amerikanaca. Portorikanci imaju višu stopu suicida i pokušaja suicida u odnosu na Meksikance i Kubance, ali nižu stopu suicida u odnosu na Amerikance.

U Velikoj Britaniji, učestalost samopovređivanja među osobama poreklom iz Kine znatno je manja u odnosu na autohtono stanovništvo.[93] Među opštom populacijom poreklom iz Kine, češća su samopovređivanja među Kineskinjama u odnosu na Kineze, dok je kod Britanaca takođe broj žena veći, ali je razlika znatno manja u odnosu na kinesku populaciju. Procena po godinama starosti ukazuje da su Kinezi koji se samopovređuju u proseku mlađi u odnosu na Britance (28 nasuprot 33), a u odnosu na pol takođe veći broj Kineskinja se samopovređuje u odnosu na Kineze i žene iz Britanije (71% nasuprot 55%). Najučestaliji način samopovređivanja kod Kineza su posekotine, a potom trovanje medikamentima, koje je ređe u odnosu na Britance. Kinezi koji su se samopovređivali češće su u braku, ređe su nezaposleni i znatno češće su studenti, manje koriste psihoaktivne supstance i ređe su u kliničkoj populaciji u odnosu na Britance. Razlozi za samopovređivanje kod Kineza su na prvom mestu odnos sa partnerom/kom, potom problemi u porodici i na kraju finansijski problemi. Ovi problemi su učestaliji nego među Britancima (Chang et al. 2015: 2–7).

Samopovređivanje među studentima u Velikoj Britaniji (koji ne spadaju u kliničku populaciju) i povezanosti sa polom, etnicitetom, religijom i tehnikama suočavanja i savladavanja životnih problema[94] nalazi da su se Britanci (belci) i nereligiozni češće samopovređivali i imali ponovljene slučajeve (uglavnom grebanjem i zasecanjem kože) u odnosu na osobe koji pripadaju hinduizmu, osobe poreklom iz Južne Azije (odnosi se više na muškarce) i poreklom iz Afrike. Žene iz Južne Azije znatno češće su se samopovređivale u odnosu na muškarce iz Južne Azije i muškarce iz drugih etničkih grupa. Nije bilo bitne razlike između verske pripadnosti i samopovređivanja, ali je nađena razlika između vernika i ateista. Vernici su imali manji broj samopovređivanja i manje ponovljenih slučajeva. Ipak, autori smatraju da se ne može sa sigurnošću tvrditi da li je religijska pripadnost protektivni faktor, već da su u pitanju drugi kulturni faktori. Smatra se da su veoma niske stope nađene u populaciji muškaraca iz Azije više uslovljene skrivanjem ponašanja koje se smatra neprimerenim za

93 Kinezi čine 5% etničkih manjina u UK. U poslednjih nekoliko decenija u Velikoj Britaniji raste broj studenata poreklom iz Kine. Predstavljaju najveću grupaciju studenta van EU (26%). Ovo istraživanje rađeno je u Mančesteru, u kome je, u odnosu na druge gradove, naseljen najveći broj stanovnika poreklom iz Kine. Uzorak je činilo 26.894 osoba, od kojih se samopovređivalo samo 0,4% Kineza.

94 U pitanju je uzorak od 617 studenata (457 devojaka i 142 momaka) koji studiraju u Londonu. Po religijskoj pripadnosti su: 40% hrišćani, 20% muslimani, 10% hindu, 3% siki, 8% pripadnici drugih religija, 22% agnostici i ateisti. Grebanje kože i ujedi su bili zastupljeni u 53%, sečenje kože 46%, uzimanje velike doze medikamenata 31%. Najmanje jednom se samopovređivalo 27% ispitanika, dok je 10% izjavilo da se samopovređivalo pet ili više puta.

muškarce. Studenti poreklom iz Afrike imali su više skorove na testovima ovladavanja životnim veštinama, što se povezuje i sa nižim stepenom samopovređivanja. Rodna distorzija je nađena samo u načinu samopovređivanja. U pitanju je upotreba velikih količina medikamenata od strane žena (Borrill et al. 2011: 259–266). Takođe ima nalaza o Irancima koji žive u Velikoj Britaniji, i čija je stopa viša u odnosu na opštu populaciju i u odnosu na druge manjinske grupe (Johnston, 2012: 109).

Veći broj studija ukazao je na povezanost između pripadnosti etničkim manjinama adolescentkinja u Holandiji, nižeg socioekonomskog statusa roditelja, pohađanja škola koje omogućavaju niže obrazovanje i viših stopa pokušaja suicida. Seksualna zlostavljanja devojčica takođe se navode kao značajan faktor pokušaja suicida.[95] Primećeni su određeni faktori rizika.[96] Socioekonomski status se nije pokazao značajnim, dok je viši nivo edukacije uticao na niže nivoe pokušaja suicida. Seksualno zlostavljanje nije povezano sa etnicitetom, dok su roditeljska psihopatologija i zloupotreba supstanci uz etnicitet bili su najsnažniji faktori rizika. Adolescentkinje poreklom iz Turske i Južne Azije navodile su češće prisustvo mentalnih bolesti i zloupotrebu supstanci kod roditelja u odnosu na druge ispitanice (Van Bergen et al. 2010: 519–525).

U Srbiji, u periodu 1990–2014, najviše osoba koje su izvršile suicid su po nacionalnosti Srbi (od 75 do 85%). Najviše stope samoubistva među drugim nacionalnostima imaju Mađari i Hrvati, mada su oni i najbrojniji u odnosu na druge etničke grupacije. Ipak, stope suicida Mađara su duplo više u odnosu na prosek samoubistva u Srbiji, dok se 2011. broj Hrvata koji su izvršili suicid približio Mađarima. Najniže stope imaju Albanci (od 2 do 5 na 100.000), potom Bošnjaci/Muslimani i Muslimani, dok Romi imaju nešto više stope od njih. Treba uzeti u obzir da Mađari i Hrvati spadaju u demografski najstarije stanovništvo, za razliku od Albanaca, Bošnjaka/Muslimana i Muslimana koji spadaju u najmlađe. Svakako religija (islam) i snažna stigmatizacija suicidanata u ovom slučaju predstavlja snažan protektivni faktor (Penev, 2016: 196–197).

---

95 Po opštim podacima u Holandiji, od 20 do 50% žena koje pokušaju suicid bile su seksualno zlostavljane, uglavnom pre 16 godine. U rizične faktore spada i fizičko zlostavljanje, porodični konflikti, nizak nivo brige i psihopatologija roditelja (Schmidtke, Lohr 2004; Dagevos, Gijsberts, 2007; Cool et al. 2001; Brodsky and Stanley, 2008. prema van Bergen et al. 2010: 516).

96 Uzorak je činilo 4.527 adolescentkinja, uzrasta od 14 do 16 godina iz Roterdama. Jedna od studija koja se bavila ispitivanjem navedene povezanosti, uključujući adolescentkinje poreklom iz Holandije, Južne Azije, Maroka i Turske, došla je do podataka o višim stopama pokušaja suicida kod adolescentkinja, poreklom iz Turske i Južne Azije u odnosu na devojke poreklom iz Holandije i Maroka.

U Kanadi je rađeno istraživanje u koje je uključeno pet etničkih grupacija.[97] Nađena je povezanost između upotrebe alkohola, suicidnog ponašanja i anksioznosti kod različitih etničkih grupacija. Češće religiozne aktivnosti, npr. jednom nedeljno, bile su povezane sa nižim nivoima anksioznosti i upotrebe alkohola, ali ne i sa promenama raspoloženja. Autori smatraju da treba obratiti posebnu pažnju u istraživanju ovih povezanosti među subgrupama navedenih velikih etničkih grupacija. Posebno treba ispitati vezu između etniciteta i suicidnosti posredovanu religijskim strogim zabranama suicidnog ponašanja (Robinson et al. 2012: 983–986).

Etnička pripadnost se smatra jednom od značajnih varijabli za suicidno ponašanje (mentalno zdravlje), kao i posrednom varijablom u odnosu između religije i suicidnog ponašanja, koju treba razmatrati u daljim istraživanjima.

5.2 Stariji kao vulnerabilna i visokorizična grupa za suicidno ponašanje

O starijima i suicidnom ponašanju bilo je reči u delu studije koja se odnosi na godine starosti i samoubistvo, ali pošto ova populacija spada u vulnerabilne grupe, ponovo se kratkim razmatranjem vraćamo na njih.

Samoubistvo među starijima[98] predstavlja značajan problem javnog zdravlja, jer su stope suicida više u odnosu na ostalu populaciju (srednjih godina, mlađih odraslih i adolescenata). Zato, starije osobe, a posebno muškarci, spadaju u visokorizičnu grupu za suicid. Prema međunarodnim statističkim podacima, u proseku, na svakih 90 minuta jedna osoba starija od 65 godina izvrši suicid. Stariji od 75 godina imaju više stope suicida u mnogim zemljama u odnosu na sve druge starosne kategorije, iako je samoubistvo 13. po redu uzročnik smrtnosti u ovoj populaciji. Kao najčešći faktori rizika navode se: fizička bolest, funkcionalna ograničenja, stresni životni događaji, usamljenost, depresivnost, nedostatak razloga za življenje, beznađe. Pored zdravstvenog stanja i individualnih karakteristika starijih osoba, za realizaciju suicida veoma su značajna dva društvena faktora

97 Istraživanje je rađeno na reprezentativnom uzorku od 20.130 ispitanika koji su pripadali različitim etničkim grupacijama, poreklom iz Azije, Afrike, kao i Hispano etničkoj grupi. Nađena je slaba povezanost kod „belaca“ i Afrikanaca sa poremećajima vezanim za upotrebu alkohola i suicidnim ponašanjem, potom između anksioznosti kod „belaca“ i Hispano etničke grupe i suicidnih ideja. Češće religiozne aktivnosti, npr. jednom nedeljno, bile su povezane sa nižim nivoima anksioznosti i upotrebe alkohola, ali ne i sa promenama raspoloženja.

98 Više o suicidima u populaciji starijih nalazi se u prethodnom delu monografije – *Godine starosti i suicidno ponašanje*.

– socijalna izolacija i isključenost (Amore et al. 2012: 267; Riley, Smith, 2012: 126; Kenna, 2010).

Iako većina ljudi koji izvrše suicid daje direktna ili indirektna upozorenja, starije osobe ne komuniciraju direktno o svojoj nameri ili njihovi znaci upozorenja imaju manju šansu da budu vidljivi jer često žive sami. Čin samoubistva kod starijih je više planiran, a manje impulsivan i prisutno je korišćenje nasilnijih metoda u odnosu na mlade (Amore et al. 2012: 267–269). Postoje određeni suptilni znaci kod starijih, povezani sa svesnom ili nesvesnom namerom da umru, a to su: odbijanje uzimanja hrane i vode u cilju izgladnjivanja, neuzimanje prepisanih lekova, sve do ekstremnog ličnog zapuštanja. Farbero (Farberow, 1980. prema Amore et al. 2012: 267) je prvi koristio termin „*sub-intentional suicide*" koji se odnosi na indirektno samodestruktivno ponašanje pod kojim se podrazumeva odluka o neprihvatanju preporučene medikamentozne i drugih terapija. Takva ponašanja, iako nisu direktno suicidna, značajno povećavaju šansu za smrtni ishod.

Samodestruktivna ponašanja često dovode do prevremene smrti i mogu biti česta u nekim situacijama u institucionalnom okruženju (domovima za stare i bolnicama), posebno kod fizički obolelih i zavisnih od pomoći drugih. Ova ponašanja veoma su česta kod žena i starijih od 85 godina. Među osobama koje izvrše suicid, 60% čine stariji muškarci,[99] a među onima koji pokušaju suicid 75% čine starije žene (Amore et al. 2012: 270).

Prema istraživanju u Srbiji (1990–2014), svaka treća osoba koja je izvršila suicid imala je 60 i više godina. Najčešći način izvršenja suicida generalno, kao i među starijim osobama, jeste vešanje (preko 50%), jer ga odlikuje laka dostupnost i visoka smrtnost.[100] Stariji, osim vešanja, primenjuju davljenje i utapanje, a najmanje koriste vatreno oružje (Penev, 2016: 198–201).

Ispitivanja rađena na kliničkoj populaciji hospitalizovanih starijih osoba posle pokušaja suicida u Beogradu (Dragišić Labaš, 2013) ukazuju da su finansijske teškoće faktor rizika, podjednako prisutnan kod žena

99 Prema nalazima iz 62 zemlje, stopa suicida starijih, oba pola, povećala se u 27 zemalja, nema promena sa starenjem u 31, dok je samo u 4 zemlje opala (Shah, 2009: 17). Stariji (*beli*) muškarci imaju najviše stope suicida, kako u SAD tako i u mnogim zemljama u svetu. Jedan od razloga su i stavovi prema starenju. U Zapadnim kulturama muškarci starenje doživljavaju kao period gubitaka: fizičkog zdravlja, kognitivnih sposobnosti, funkcionisanja, značajnih osoba, posla (Riley, Smit, 2012: 125).

100 Trovanje je u ranijem periodu (1956–1990) bilo drugi po redu način izvršenja suicida u Srbiji i u muškoj i u ženskoj populaciji. Kasnije (1990–2014), ostaje drugi po redu među ženama, a treći među muškarcima, pre svega zbog povećane upotrebe vatrenog oružja koje je svakako postalo znatno dostupnije posle 1990. (Penev, 2016: 202).

i muškaraca. Usamljenost je nešto prisutnija kod muškaraca, ali su zato najveće razlike u povezanosti alkoholizma i teške organske bolesti sa pokušajem suicida kod muškaraca. Često se isti rizični faktori za suicid starijih navode i za upotrebu alkohola[101] (usamljenost, depresija i nedostatak socijalne podrške), kao što se i sama upotreba alkohola smatra rizičnim faktorom za suicid. Upotreba alkohola, u stvari, može da pojača suicidne misli, smanji nivo svesnosti i samokontrole i ubrza realizaciju ovog čina.

Žene navode smrt deteta kao uzrok pokušaja suicida, dok nema muškaraca u ovoj grupi. Žene su u većem broju zlostavljane, psihički i fizički, u odnosu na muškarce, i to od strane članova uže porodice, uglavnom sinova i zetova. Loši odnosi sa decom prisutni su u značajnom procentu kod oba pola, ali nešto više kod žena. Više od trećine ispitanika ukazuje na „nerešive probleme" i česte konflikte sa decom, posebno oni ispitanici sa kojima deca žive u zajedničkom domaćinstvu.

Vreme u kome je vršeno prvo ispitivanje bilo je vreme završetka rata, izbeglištva, različitih gubitaka, teške ekonomske krize, mnoštva socijalnih problema, neizvesnosti, straha. U drugom periodu postsocijalističke transformacije i dalje imamo prisutne ekonomske i socijalne probleme, uz veliku stopu nezaposlenosti, prestrukturisanja porodica i povratka dece u primarne porodice. Za naše istraživanje je ovo značajan faktor – negativan i protektivan. Negativan, jer su stvoreni *novi konflikti* između roditelja i dece, sve do zlostavljanja; i protektivan jer je jedan broj ispitanika, mada ne veliki, izjavio da je povratak dece u porodicu poboljšao njihovo finansijsko stanje i smanjio osećanje usamljenosti (Dragišić Labaš, 2013).

Suicidno ponašanje kod starijih kreće se od osećanja beznadežnosti,[102] preko indirektnog samodestruktivnog ponašanja, samopovređivanja, do suicida. Ipak, suicidne ideje nisu neizbežna posledica starenja, invalidnosti i depresije, već često slabe socijalne podrške. Nažalost, postoji i problem u ranom otkrivanju depresivnih simptoma kod starijih osoba koji je uslovljen pogrešnim verovanjem da je takvo stanje normalno za njih. Zato je važno istaći razloge za življenje, u koje spadaju verovanja i očekivanja koja mogu da smanje rizik od suicida, a prema nekim autorima (Amore et al. 2012: 268–269), to mogu biti *odgovornost prema porodici* i *rođacima, strah od suicida* i *strah od društvene osude*. Osobe koje veruju da imaju više razloga za život mogu da budu bolje opremljene da izdrže negativne

101 Depresivni simptomi se povezuju sa većom verovatnoćom svakodnevne upotrebe alkohola, kao i sa teškim pijenjem, i poremećajima povezanim sa upotrebom alkohola (Crum et al. 2001).

102 Beznadežnost se definiše kao sistem negativnih uverenja i očekivanja koji se tiču same osobe i njene budućnosti (Stotland, 1969. prema Amore et al. 2012: 269). Smatra se značajanim faktorom rizika i za suicidne misli i za suicid kod starijih depresivnih osoba.

efekte beznadežnosti. Ovde se ipak ne postavlja pitanje odnosa drugih i društva prema starijima, koji je značajan, a često i ključan faktor za suicidnu odluku.

5.3 Suicidno ponašanje dece i adolescenata, porodica i škola kao faktori rizika, buling u školi

Stopa samoubistva dece, starosti od 5 do 14 godina, u većini zemalja krajem prošlog veka iznosila je oko 0,9 na 100.000 za dečake i 0,5 za devojčice. Rodne razlike su manje u odnosu na stariju populaciju i iznose 3:1 (dečaci:devojčice). Početkom 21. veka, prema dostupnim podacima, rastu stope suicida dece, ali više devojčica. U SAD je 2004. stopa iznosila 1,3 za decu od 10 do 14 godina, i bila je viša nego u prethodnih 25 godina, dok samoubistvo dece zauzima četvrto mesto među faktorima smrtnosti u starosnoj kategoriji od 5 do 14 godina. U Kanadi je samoubistvo dece i mladih (10–24) drugi po redu uzrok smrtnosti. Stopa samoubistva dece i adolescenata, starosti od 10 do 17 godina u Italiji (period 1971–1993. i 2006–2008), iznosila je 0,91 na 100.000. Posmatranje u drugom, kasnijem periodu, pokazuje da se smrtnost dece bitno smanjila, ali ne i stopa samoubistva. U Srbiji su u periodu 1990–2014. deca i adolescenti (10–19) činili 2,2% od ukupne smrtnosti uzrokovane samoubistvom. Međutim, neke zemlje ne izveštavaju o samoubistvima dece, kao Australija, mada je i SZO objavila podatke za ovu starosnu kategoriju tek 1999. (Pompili et al 2012: 112; Wachter, Bouch, 2008: 66; Sampasa-Kanyinga et al. 2014: 2; Penev, 2016: 164–166).

Poslednjih godina raste interesovanje za ovu značajnu temu, pa se povećava broj istraživanja suicidnog ponašanja dece i adolescenta.[103] Istraživanja su važna zbog prevencije namenjene deci, ali i buduće prevencije, i to zbog povezanosti pokušaja suicida u detinjstvu sa takvim ponašanjem u doba mladosti i kasnije. Problemi u porodici i školi i zlostavljanje smatraju se najznačajnijim faktorima rizika za suicid dece.[104] U daljem tekstu,

103 S obzirom na to da je samopovređivanje povezano sa suicidnim mislima ali i sa suicidom, značajni su podaci o samopovređivanju dece. Tako se u UK procenat samopovređivanja među adolescentima kreće od 6,9 do 18,8 (Kidger et al. 2012. prema Evans, Hurrell, 2016: 2).

104 Ispitivanja načina izvršenja suicida dece važna su radi preduzimanja efikasnih mera prevencije. Tako je ranije često korišćen gas u kućama, potom antidepresivi (veće količine u cilju trovanja) koje su inače lekari prepisivali deci u cilju lečenja. Najčešći načini izvršenja suicida, prema podacima iz italijanske studije (Pompili et al 2012: 117–119), jesu: vešanje, upotreba vatrenog oružja i skok sa visine za dečake, a za devojčice skok sa visine.

pored navedenih faktora, biće izložena i neka istraživanja uticaja migracija na suicidno ponašanje dece, kao i gubitak posla roditelja i finansijski problemi kao faktori rizika.

Prema ranijim istraživanjima, porodice iz kojih potiču adolescenti sa suicidnim ponašanjem opisane su kao porodice sa malo kontrole, kohezije i podrške, a sa mnogo konflikata i disfunkcionalnih obrazaca komunikacije. Zato je potrebno istaći da „porodica sa adolescentom" predstavlja jednu fazu u životnom ciklusu porodice u kojoj je potrebno napraviti *nove* (propustljive) *granice.*[105] Adolescenti *unose* u porodicu nove vrednosti, stavove, prijatelje, što zahteva određen nivo fleksibilnosti granica, važnih za postepeno osamostaljivanje dece. Da bi se porodica razvijala, neophodno je da se, s jedne strane, zadrže određene granice i strukture, a s druge, omogući veća nezavisnost. Ponašanje adolescenata na prelazu iz dečijeg u odraslo doba često je nepredvidivo i oni se u potrazi za identitetom i regulisanjem granica mogu suočiti sa različitim problemima sa anksioznošću, depresijom i pokušajima samoubistva. Osim same adolescencije, za koju se vezuje impulsivnost, depresivnost i preokupiranost smrću (koja se istražuje i romantizuje), adolescenti sa suicidnim ponašanjem imaju više stresnih životnih događaja od kojih se jedan značajan broj odnosi na porodične: odvajanje, gubitak značajnih osoba, preseljenje, bolest, razvod roditelja (Srna, 1997: 27, 59–61; Mićović, 1997: 71–72), neslaganja i sukobi između roditelja, zlostavljanje u porodici.

Osobe koje imaju istoriju zlostavljanja u periodu detinjstva spadaju u visokorizičnu grupu za pokušaje i izvršene suicide. Prema jednom istraživanju, rađenom u Kanadi (Martin et al. 2016: 1480–1482), 61,2% osoba zlostavljanih u detinjstvu imale su suicidne misli u poslednjih godinu dana. Prevalenca pokušaja suicida kod osoba zlostavljanih u periodu detinjstva je 2,56 puta veća od onih koji nisu imali ovakvo iskustvo i još je viša ukoliko je u pitanju seksualno zlostavljanje. Sve uključene sociodemografske varijable, kao i faktori mentalnog zdravlja i zloupotrebe supstanci, nisu bitno smanjile značaj uticaja zlostavljanja na samoubilačko ponašanje.

Ubistvo i samoubistvo između partnera (roditelja), kao najteži oblik nasilja u porodici, visoko je rizično za decu – svedoke ovog događaja.[106] Prema podacima iz SAD, deca do 18 godina stradaju u ovakvim događa-

105 S jedne strane postoje roditeljski zahtevi, a s druge osetljivost na dečije potrebe, davanje podrške i zainteresovanost za decu. Na osnovu prisustva obrazaca „davanja deci" i „traženja od dece" navode se četiri stila roditeljstva (Steinberg et al. prema Srna, 1997: 27–28): autoritativni (topao, demokratičan, čvrst); autoritarni (slab u davanju i jak u traženju); popustljiv (neumeren u davanju i popustljiv u traženju); nemarni (bez dovoljno i nege i kontrole).

106 Prema podacima, oko 50% ubistava partnera povezana su sa samoubistvom počinioca.

jima, i to od 30 do 50%. Preživeli se suočavaju sa gubitkom roditelja, a zbog čestog izmeštanja iz te sredine i gubitkom prijatelja i komšija. Ovo je najtraumatičniji događaj, sa dugotrajnim uticajem na njihovo mentalno zdravlje. Zato se deca, svedoci nasilja među roditeljima, često suočavaju sa ozbiljnim posledicama kao što su: depresija, pesimizam, nisko samopouzdanje, problem sa agresivnim ponašanjem prema drugima, *ulazak* u kriminalitet, samopovređivanje i pokušaji suicida (LeFevre Sillito, Salari, 2011: 285–287).

Deca su često svedoci nasilja između roditelja ili partnerskog nasilja. Prema našim nalazima, u skoro svim porodicama u kojima je prisutna zloupotreba alkohola od strane oca, maloletna ili punoletna deca prisustvovala su fizičkom nasilju nad majkama (Dragišić Labaš, Ljubičić, 2016). U jednoj trećini porodica je prilikom ovakvog ponašanja druga osoba, osim ispitanice, zadobila neku fizičku povredu, a to su uglavnom maloletna deca, potom punoletne osobe iz domaćinstva i deca uzrasta od 15 do 18 godina. Problemi sa kojima se suočavaju deca u ovim porodicama povezani su sa njihovim zdravljem i socijalnim funkcionisanjem. Po podacima UN-a, svake godine oko dva miliona dece (ispod 14 godina) pati zbog aktivnosti (ponašanja) svojih roditelja. Jedno od desetoro premine, a oko 2000 izvrši samoubistvo (Alekseeva, 2004).

Deca iz alkoholičarskih porodica sklonija su suicidnom ponašanju u odnosu na decu iz nealkoholičarskih. Opisana su kao preokupirana porodičnim problemima, bezvoljnog i nezainteresovanog ponašanja, sa nižim skorovima samopoštovanja, hiperaktivitetom (poremećaj pažnje i poremećaj kontrole impulsa), doživljajem sebe kao neefikasnih i nemoćnih, sa teškoćama u uspostavljanju bliskih odnosa i prisustvom anhedonije. Takođe se smatraju ili prekomerno odgovornim ili neodgovornim. Ističu se problemi u organizaciji slobodnog vremena i niži stepen dnevnih aktivnosti (Filipović, 2007; Nastasić i sarad., 1992; Vuletić, 1987).

Viktimizacija u porodici se pokazala značajnim uzrokom zbog koga se maloletnici osećaju nesrećnim. U pitanju su nalazi o povezanosti osećanja sreće i viktimizacije, dobijeni istraživanjem o maloletničkoj delinkvenciji i viktimizaciji u Srbiji. Tako su viktimizovani mladi (6 meseci pre istraživanja) opisali sebe kao nesrećne češće od neviktimizovanih. Viktimizovani maloletnici su doživeli zlostavljanja u porodici, kao što je fizičko i psihičko nasilje od strane roditelja i braće/sestara, kao i česte svađe i fizičke sukobe između roditelja. Više mladih koji su viktimizovani porodičnim nasiljem ponašalo se delinkventno u širem smislu[107] i češće su

107 U delinkvenciju u širem smislu ubrajaju se: pisanje grafita, vandalizam, krađa iz prodavnice, provala u zgradu kako bi se nešto ukralo, krađa bicikla, motora ili automobila, krađa iz automobila, krađa izvršena upotrebom oružja, sile ili pretnje, krađa (bez upotrebe oružja, sile/pretnje), nošenje oružja poput palice, noža, pištolja ili lanaca,

konzumirali alkohol i druge PAS u odnosu na mlade koji su sebe opisali kao srećne (Nikolić-Ristanović, Stevković, 2006: 241–247).

Prema istraživanju pokušaja suicida među hospitalizovanim adolescentima u Srbiji (1982–1994) (Srna, 1997: 106, 128–133), nađeno je da su porodični konflikti jedan od veoma značajnih rizičnih faktora. Pokazalo se da je češći problem u relaciji roditelj – dete, nego međuroditeljski, kao i prisustvo somatske bolesti i alkoholizma. Ocena kvaliteta porodičnog života je u ovim porodicama znatno niža u odnosu na kontrolnu grupu, dok je dečije nezadovoljstvo porodicom znatno više od roditeljskog. Razmena emocija, broj aktivnosti i porodična organizacija su u ovim porodicama na nižem nivou, a takođe nedostaje kontrola. Očevi su često i fizički i emocionalno odsutni, tako da deca ne dobijaju dovoljno, a roditelji, nažalost, ne primećuju šta im je potrebno. Ovo istraživanje potvrđuje da je disfunkcionalna porodica jedan od najvažnijih faktora rizika za suicid dece i adolescenata.

Na suicidno ponašanje dece i adolescenta utiču i širi kontekstualni faktori kao što su ekonomski uslovi. Poznato je da ekonomske krize utiču na promenu mentalnog zdravlja stanovništva i povećavaju rizik za suicid. Stopa suicida se povećava u različitim zemljama u kojima su prisutni loši ekonomski uslovi, recesija i više stope nezaposlenosti, ali ne samo među odraslima, nego i među adolescentima. Gubitak posla roditelja može da utiče na nastanak problema sa mentalnim zdravljem članova porodice i promenama u odnosu roditelj – deca. Adolescenti su suočeni i „ugroženi" ekonomskom krizom zbog stresa koji trpe ne samo njihovi roditelji, nego i nastavnici, treneri, rođaci. Smanjeni ili izgubljeni ekonomski resursi mogu uticati na različite vanškolske aktivnosti, kao i na promene različitih sadržaja namenjenih mladima u lokalnoj zajednici i školi.

U jednoj studiji nađeno je da su devojčice bile više pogođene ekonomskom krizom od dečaka i da se povećalo njihovo suicidno ponašanje. Pretpostavka autora je da su devojčice imale snažniju emotivnu povezanost sa članovima porodice i drugima koji su izgubili posao, te da je njihovo pogoršano mentalno zdravlje uticalo na devojčice, ali ovo tek treba ispitati jer je povezano i sa rasom i etnicitetom (Gassman-Pines et al. 2014: 1964–1969).

Broj samoubistava među mladima, uzrasta od 15 do 24 godine u Srbiji, u periodu rata na teritoriji bivše Jugoslavije, a potom ekonomske i političke krize, kontinuirano je rastao (od 1990. do 1997), da bi 1997. bio povećan za više od 100%. Potom je od 2000. nadalje stopa opadala. Najviša stopa je bila u starosnoj kategoriji između 25 i 29 godina (11,7) dok

---

učestvovanje u grupnoj tuči na fudbalskoj utakmici ili na ulici ili drugom javnom mestu (Ćopić, 2006: 24).

je najmanja u grupi između 15 i 19 godina (4,3) (Jugović, Luković, 2012: 170–171). Među hospitalizovanim adolescentima zbog pokušaja suicida u periodu ekonomske krize i rata prepoznati su znaci dugotrajnog i intenzivnog trpljenja, ali ne samo individualnog, već i u porodici i društvu. Broj devojčica koje su pokušale suicid bio je 3 do 5 puta veći u odnosu na dečake i najčešći u 16. godini. Dečaci ređe pokušavaju suicid, ali su to ozbiljniji pokušaji sa smrtonosnijim metodama. Suprotno od broja izvršenih suicida, u ratnom periodu su se pokušaji suicida smanjili, ali su kasnije pratili isti trend sa izvršenim suicidima, te su se povećali u periodu ekonomske krize (Srna, 1997: 81–89).

Migracije takođe mogu biti rizičan faktor za suicid dece i adolescenata, a posebno ukoliko se migracija odvija između regiona sa velikim kulturnim razlikama. Prilagođavanje novim kulturnim normama, jeziku, okruženju, može da dovede do stresa i problema sa prilagođavanjem. Nova sredina može da izazove osećanja nesigurnosti, otuđenja i usamljenosti. Tako su, prema nekim nalazima, pokušaji suicida češći među decom i adolescentima, starosti od 10 do 17 godina, koji su promenili životnu sredinu.

U Turskoj[108] je, prema jednoj studiji, nađena povezanost između suicidnog ponašanja dece sa unutrašnjom migracijom koja se odvijala od siromašnijeg, ruralnog područja ka urbanom, bogatijem. Više je mladih, koji su migrirali sa svojim porodicama, imalo pokušaje suicida, i to u većem broju dečaci. Veće kulturne razlike između regiona uslovile su i viši nivo stresa i viši procenat pokušaja suicida. Odbacivanje od strane vršnjaka zbog kulturnih razlika jedan su od važnih rizičnih faktora. Takođe treba uzeti u obzir da migracije mogu dovesti do promena u porodičnom sistemu, npr. u porodičnim ulogama, da su migranti uglavnom nižeg socioekonomskog statusa i da su im usluge mentalnog zdravlja manje dostupne. Sve navedeno uslovljava akumuliranje stresa, psihičke tegobe i suicidno ponašanje (Akkaya-Kalayci et al. 2015: 34–37).

5.3.1 Buling u školi i sajberbuling

Buling u školi je ozbiljan problem, kompleksno, sistemsko pitanje koje zahteva analizu i razumevanje većeg broja varijabli koje su sa njim povezane.[109] Prema obimnoj studiji, rađenoj u 40 evropskih zemalja, ra-

108 U Turskoj je došlo do izuzetno visokog povećanja stope suicida u poslednjih 20 godina, a posebno adolescenata i mladih, starosti od 15 do 24 godine. Stariji od 65 godina imaju najniže stope suicida (podatak koji je u suprotnosti sa podacima iz Srbije, a i drugih zemalja) (Akkaya-Kalayci et al. 2015: 33).

109 Dan Ulveus (Dan Olweus) je prvi stručnjak koji je počeo da se bavi nasiljem u školi krajem 1960-ih godina prošlog veka. Prva istraživanja su sprovedena u Švedskoj i

sprostranjenost nasilja u školi kreće se od 7% do 40%, što ukazuje na značajne kulturne razlike. U SAD je 75% incidenata u školi i dve trećine pripremanih ili realizovanih masovnih povređivanja i ubistava u školskom okruženju povezano sa uznemiravanjem i zastrašivanjem (bulingom). Prema istraživanju, 25% mladih navelo je da su najmanje jednom u toku pohađanja osnovne i srednje škole bili žrtve bulinga (Craig et al. 2009. prema Jantzer et al. 2015: 1; Essexs, 2011: 192).

Buling se definiše kao namerno i ponovljeno agresivno ponašanje koje uključuje neravnotežu moći, kao i nasilno ponašanje pojedinca[110] ili grupe u cilju postizanja moći i prestiža. Deli se na fizičko, verbalno i relaciono. Fizičko i verbalno se još zovu direktna agresija, a relaciono[111] indirektna ili socijalna agresija. Dečaci češće koriste fizičko nasilje, a devojčice relaciono, mada istraživači smatraju da dečaci nisu manje relaciono agresivni, već da su devojčice manje fizički agresivne. Posledice bulinga se *kreću* od lošeg školskog postignuća pa sve do masovnih ubistava[112] u školi, kao i samoubistava.[113] Žrtve[114] školskog nasilja mogu imati različite probleme

---

Norveškoj. Kasnije, mnogi istraživači iz evropskih zemalja, Australije, Kanade i SAD, počinju da se bave ovim problemom (Casebeer, 2012: 166).

110 Nasilnik/ca je osoba koja fizički povređuje, zastrašuje i maltretira osobu slabiju od sebe, sa namerom da kod žrtve izazove strah i stres. Nasilnici su obično stariji, snažniji i popularniji u školskom okruženju od žrtve. Američka asocijacija psihologa nasilnike je opisala kao: impulsivne, dominantne, one koji teško prihvataju pravila i podložne frustracijama. Njima nedostaje empatija, a nasilje smatraju pozitivnim ponašanjem. Osećaju zadovoljstvo kada povređuju druge. U riziku su za zloupotrebu alkohola i droga, izostajanje iz škole, maloletničke trudnoće, kao i kriminalno ponašanje. Često žive u disfunkcionalnim porodicama, koje karakterišu česte svađe i loše roditeljstvo. Ukoliko se nasilno ponašaju pre 8. godine starosti u većem su riziku da do 24. godine budu osuđeni za krivično delo ili steknu kriminalnu karijeru do 30. godine (Essexs, 2011: 193).

111 Relacioni buling ima za cilj da smanji samopoštovanje žrtve, naruši status u grupi ili isključi iz grupe (vršnjaka). Uključuje ogovaranja (širenje neistina), izdaju poverenja i socijalnu izolaciju. Ovakvo nasilje je često prikriveno i nastavnici ga teže otkrivaju od drugih vrsta bulinga (Casebeer, 2012: 165).

112 Godine 1999. u SAD-u, državi Kolorado, dvojica učenika su počinila masakr u srednjoj školi i ubila 13 osoba (učenika i nastavnika) i ranili 23, a potom izvršili suicid. Njihov plan je bio da ubiju 250 osoba, ali pripremljeni eksplozivi nisu eksplodirali. Dečaci su ostavili video snimke na kojima govore da su od strane druge dece zlostavljani i vređani. Stručnjaci smatraju da su najverovatnije isključivani i odbacivani i da je u školi postojala negativna i netolerantna socijalna klima. Čest motiv za brutalna ubistva je pokušaj da se osećanje poniženja i srama preoblikuje u osećanje ponosa (Aronson et al. 2005: 415–416, 450–452).

113 Prema američkoj klasifikaciji mentalnih poremećaja, najnovijoj verziji DSM-5, samopovređivanje se definiše kao ponašanje bez suicidne namere, u stvari površinsko zasecanje kože bez svesne samoubilačke namere, samougrizi ili paljenje kože cigaretom (Jantzer et al. 2015: 2).

114 Žrtve bulinga su anksiozne i nesigurne osobe, niskog samopoštovanja, bez dovoljno socijalnih veština, prijatelja i često su socijalno izolovani. Obično dugo trpe psihič-

– socijalne, emocionalne, bihevioralne, uključujući i samopovređivanja. Samopovređivanja kod žrtava bulinga najčešće se događaju između 14. i 18. godine starosti. Žrtve su obično deca i adolescenti sa slabijim socijalnim veštinama, problemima sa prihvatanjem zajedničkih normi i lošim odnosima sa vršnjacima. Nasilnici su takođe mladi sa problemima samopoštovanja, sa nesigurnim i agresivnim obrascima ponašanja, sa prihvatanjem modela antisocijalnog ponašanja, kao i depresivnim raspoloženjem i suicidnim ponašanjem (Casebeer, 2012: 166–167; Sampasa-Kanyinga et al. 2014: 2; Whitlock et al. 2006. prema Jantzer et al. 2015: 5).

Nasilje u školi predstavlja visokorizičan faktor za samoubistvo, a viktimizovani bulingom ili sajberbulingom[115] često su depresivni i imaju suicidne ideje, samopovređivanja i pokušaje suicida.

Prema jednoj studiji, koja je koristila metaetnografsku analizu u istraživanju samopovređivanja učenika i reagovanja osoblja u školi, izdvojeno je pet važnih „metatema“: 1. nema edukacije iz ove oblasti (o suicidnom ponašanju mladih), iako postoji potreba učenika da se o tome govori; 2. ukoliko samopovređivanje krši neka institucionalna pravila može da se tretira kao „loše ponašanje“ i učenik ne dobija adekvatnu podršku; 3. deca koja se samopovređuju, dobijaju uputstva školske uprave da se obrate stručnjacima van škole, iako učenici nekad žele da dobiju podršku nastavnika; 4. stres i anksioznost mogu biti povezani sa školskim okruženjem, te da utiču na povećanje stope samopovređivanja; 5. nasilje u školi može bitno da utiče na ovakvo ponašanje (Evans, Hurrell, 2016: 1, 9).

Sajberbuling (digitalno nasilje) smatra se još opasnijim načinom zlostavljanja dece i adolescenata (dovodi do veće psihološke štete) u odnosu na tradicionalno nasilje. Procenjuje se da je digitalnim nasiljem ugroženo od 9% do 34% dece i adolescenata u Zapadnim zemljama, a da nasilnika ima od 4% do 21%, dok se u drugim studijama pominju cifre i od 5,5% do čak 72% žrtava. U zavisnosti od vrste i intenziteta pretnji, kao i od vulnerabilnosti osobe, buling u školi i sajberbuling mogu dovesti do depresije, zloupotrebe supstanci, suicidnih misli i pokušaja suicida. Prema studiji rađenoj u Kanadi (uzorak oko 3.000 adolescenata), više je devojčica (dva

---

ke probleme, kao što su usamljenost, psihosomatske tegobe, sniženo raspoloženje ili depresija. Roditelji su često prezaštićujući, a deca jako vezana za njih. Fizički izgled žrtve može da bude povezan sa bulingom, mada nije nađena i statistička značajnost (telesna težina, način oblačenja, nošenje naočara....) (Essexs, 2011: 194).

115 Sajberbuling nastaje sa razvojem novih komunikacionih tehnologija, a podrazumeva vršnjačku agresiju kao što je: uznemiravanje, pretnja, posramljivanje, socijalno isključivanje, i to putem imejl pošte i mobilnih telefona (različitih društvenih mreža). Za razliku od tradicionalnog nasilja, sajberbuling omogućava anonimnost i neograničenu publiku, bez ikakve kontrole od strane žrtve. Žrtva je bespomoćna, a sajberbuling može dovesti do ozbiljnih posledica po njeno zdravlje (Sampasa-Kanyinga et al. 2014: 2).

puta više) doživelo sajberbuling u odnosu na dečake, i više srednjoškolaca u odnosu na decu iz osnovne škole. Viktimizovani kako bulingom tako i sajberbulingom znatno su češće imali suicidne misli i samopovređivanja u odnosu na decu koja nisu imala ovakvo iskustvo. Kada su uključene druge kontrolne varijable, poput pola, upotrebe alkohola, cigareta i marihuane, neaktivnosti i vremena provedenim za kompjuterom, dobijeni su isti rezultati (Sampasa-Kanyinga et al. 2014: 3–7; Popadić, Kuzmanović, 2013: 18). Osim depresije, koja je posrednik između bulinga (sajberbulinga) i suicidnog ponašanja, ima i drugih rizičnih faktora, koji osnažuju odluku o ovakvom ponašanju. U pitanju su – nasilje u porodici, seksualna orijentacija, fizičko i seksualno zlostavljanje i gubici značajnih interpersonalnih relacija.

Prema podacima druge studije[116] (Jantzer et al. 2015: 3–6), prisustvo bulinga u Nemačkoj zastupljeno je među 35,6% učenika, koji su bili povremene žrtve, i 14,4% učenika koji su često bili žrtve u poslednjih nekoliko meseci. Najčešće je prisutno socijalno, potom fizičko, i na kraju verbalno nasilje, ali i kombinacije ovih vrsta nasilja. Socijalni buling se pokazao značajnije povezan sa suicidnim mislima i samopovređivanjem, jer je takva vrsta nasilja posebno teška u adolescenciji, kao razvojnoj fazi u kojoj su uspostavljanje odnosa sa vršnjacima, formiranje socijalnih uloga i separacija od roditelja glavni zadaci. Pokazalo se da jačanje roditeljskog nadzora, zaštita i briga smanjuju suicidno ponašanje kod dece žrtava. Roditeljski monitorig takođe smanjuje i aktivnosti dece nasilnika. Roditelji bi, stoga, trebalo da budu uključeni u programe prevencije nasilja u školi.

Škole u SAD,[117] posebno državne, prestale su da budu sigurna mesta jer se buling naglo širi. Najčešće je prisutno verbalno i socijalno maltretiranje, koje ozbiljno uznemirava žrtve i dovodi do različitih posledica po mentalno zdravlje koje mogu ostaviti i trajne posledice. Odgovor na buling može biti ili odmazda prema nasilniku ili samoubistvo žrtve.

Zastupljenost sajberbulinga u osnovnim i srednjim školama u Srbiji je visoka, i prema rezultatima jedne studije (Popadić, Kuzmanović, 2013),[118] 84% srednjoškolaca i 64% starijih osnovaca imali su bar jedno takvo iskustvo u prethodnih godinu dana. Stariji osnovci (12%) i srednjo-

---

116 U pitanju je uzorak od 647 adolescenata, prosečne starosti 12,8 godina, koji su imali iskustvo sa bulingom u školi.

117 Južna Karolina se navodi kao primer uspešnog suzbijanja bulinga jer je 2006. donela Zakon o bezbednom školskom okruženju (Safe School Climate Act), dizajniran da ograniči i smanji uznemiravanje, zastrašivanje, tj. buling u državnim školama (Essexs, 2011: 193).

118 Autori su u 17 osnovnih i 17 srednjih škola na teritoriji Srbije ispitivali prisustvo digitalnog nasilja. U pitanju je uzorak od 3.786 učenika, 3.078 roditelja i 1.379 nastavnika. Rezultati ukazuju da deca sve ranije počinju da koriste internet, tako da su učenici 4. razreda osnovne škole počeli sa 7 godina.

školci (15%) komentarisali su preko društvenih mreža jednom ili više puta svoje poznanike na povređujući ili ugrožavajući način. Deca koja su sklonija rizičnom ponašanju[119] češće izlažu sajberbulingu svoje vršnjake.[120] Sa uzrastom raste i sajberbuling (od 33% do 77%) i sve je zastupljenije uznemiravanje preko interneta u odnosu na telefon. Deca žrtve klasičnog oblika nasilja češće su žrtve i digitalnog, kao što su sajber nasilnici češće i nasilnici koji primenjuju klasične metode.

Škola može da bude važan i rizični i protektivni faktor za suicidno ponašanje dece. To zavisi od kvalitetne edukacije o mentalnom zdravlju, brige za decu i bavljenja problemima dece, zaustavljanja nasilja, s jedne strane, kao i nezainteresovanosti i osuđivanja suicidnog ponašanja, s druge. Roditeljski monitoring i roditeljska praksa (znanje o tome gde se deca nalaze, koje su njihove školske i socijalne aktivnosti...) takođe su važan faktor, koji, doduše, ne može da spreči buling, ali može samopovređivanje. Roditelji mogu da prepoznaju nasilje, tj. ponašanje dece žrtava, da daju emocionalnu podršku i stupe u kontakt sa školom, drugim roditeljima, kao i stručnjacima koji bi pomogli detetu.

5.4 Invalidnost i suicidno ponašanje

Prema podacima SZO, 15% osoba u svetu živi sa nekim vidom invaliditeta. Od 785 miliona ljudi sa invaliditetom (starosti 15 i više godina), 110 ima veće probleme u funkcionisanju i uključivanju u društvene aktivnosti. U EU svaki šesti stanovnik (80 miliona) ima neki oblik invaliditeta. Stopa siromaštva ovih osoba je 70% viša od proseka. U Srbiji (prema popisu stanovništva iz 2011) živi 8% osoba sa invaliditetom ili 571.780[121] (Petrović, 2016).

119 Ispitivanje odnosa između maloletničke delinkvencije, posedovanja naloga na društvenim mrežama i vremena provedenog u toj vrsti aktivnosti u Srbiji ukazuje da preko 70% mladih ima nalog na društvenim mrežama i da se ova grupa mladih češće ponašala delinkventno u širem smislu u odnosu na njihove vršnjake koji nisu imali nalog na društvenim mrežama (Stevković, 2016: 236–240). Nađena je bitna razlika u prilog mladima koji imaju nalog na društvenim mrežama u sledećim načinima ponašanja: u vandalizmu, krađi iz prodavnice i nošenju oružja – palice, lanca, noža ili pištolja.

120 Uznemiravanje putem telefonskih poziva ili preko interneta doživelo je 25% učenika do 4 razreda OŠ, 32% starijih osnovaca i 66% srednjoškolaca. Ispoljava se kroz ćutanje, vređanje, pretnje i ucenjivanje, a pozivanje je sa skrivenog broja. Uznemiravanje putem telefonskih poziva najviše doživljavaju učenici od 6. do 8. razreda, a potom preko društvenih mreža i SMS poruka. Snimanje mobilnim telefonom je manje zastupljeno, ali su učenici 8. razreda (više devojčice) češće žrtve uznemiravanja preko društvenih mreža (Facebook).

121 Jasmina Petrović (2007) ističe da u Srbiji do pre nekoliko godina nije bilo zvaničnih podataka o broju lica sa invaliditetom, što ukazuje na stav društva prema ovoj grupi.

Osobama sa invaliditetom smatraju se lica koja imaju dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili senzorna oštećenja. Spadaju u posebnu subpopulaciju sa više fizičkih oboljenja, sa višom prevalencom mentalnih poremećaja (od 16 do 70%), više su zavisni od socijalne pomoći i imaju niže strategije za prevladavanje problema. Međutim, pored oštećenja, postoje različite barijere koje otežavaju njihovo puno i efektivno učešće u društvu na osnovu jednakosti sa drugima. U pitanju su barijere u okruženju, ali i barijere koje se odražavaju u stavovima zajednice (WHO, WB, 2011: 7–8; Evropska komisija, 2010; RZS, 2013; Međunarodna konvencija o pravima osoba sa invaliditetom prema Petrović, 2016: 9, 10, 20; Patja et al. 2001: 309).

U Srbiji[122] je položaj osoba sa invaliditetom koje borave u institucijama nešto poboljšan, ali je ova grupa, posebno žene i devojčice, sve do 1990-ih bila nevidljiva i u visokom riziku od višestruke diskriminacije. Danas su primećene neke promene, npr. bolji higijenski uslovi (ali ne u svim institucijama), dok se i dalje krše prava osoba sa invaliditetom. Važno je istaći da su u većini ovakvih institucija korisnici izolovani od šire zajednice i primorani da žive zajedno, da u nedovoljnoj meri donose odluke o svom životu, jer su institucionalna organizacija i institucionalne potrebe iznad potreba samih korisnika. Takođe se ukazuje na loše uslove života, nedostatak privatnosti, veliki broj korisnika i mali broj zaposlenih, nedostatak adekvatnih rehabilitacionih programa i podrške za ostvarivanje prava, iz čega proističe gubitak autonomije korisnika, kao i zanemarivanje i zlostavljanje. Do promena se teško dolazi zbog negativnih stavova prema ovim ljudima, koji su kroz istoriju tretirani kao manje vredni, bili proganjani, društveno izolovani, postajali žrtve prisilnih i eksperimentalnih tretmana i ubijani (Janjić, Beker, 2016: 111–113).

To je uticalo na smanjenu vidljivosti ili nevidljivost ove populacije i nemogućnost da se „snime njihove potrebe, planiraju sistematske mere podrške i realizuju istraživanja na reprezentativnim uzorcima". Značajno je mišljenje autorke o korišćenju termina – *osobe sa posebnim potrebama* – jer, u stvari, nema posebnosti potreba nego je suština u prilagođavanju (adaptaciji) okruženja (uklanjanju arhitektonskih barijera, prilagođavanju životnog prostora, angažovanju personalnih asistenta), te tako dostupnosti razičitih objekata osobama sa invaliditetom. Dakle, društvo treba da brine o osobama sa invaliditetom, između ostalog, samo manjim izmenama *prostora*, i da na taj način omogući njihovo funkcionisanje. Tako socijalni model proučavanja invaliditeta naglašava da je suštinski problem invalidnosti njegova društvena uslovljenost, u stvari određenost faktorima sredine u kojoj osoba sa invaliditetom živi (Petrović, 2016: 10, 18, 265).

122 U Srbiji su institucije za smeštaj osoba sa invaliditetom skoro popunjene. Nešto je više muškaraca u odnosu na žene, dok je 14% korisnika starosti preko 65 godina. Od ukupnog broja, 44% ima mentalne teškoće, 29% intelektualne, 20% višestruke, dok je 6% sa telesnim i senzornim invaliditetom (Janjić, Beker, 2016: 125).

Smatra se i da je u stručnoj literaturi posvećeno nedovoljno pažnje suicidnom ponašanju osoba sa invaliditetom. Tako se samoubistva u populaciji ljudi sa mentalnom retardacijom smatraju retkim u odnosu na druge mentalne poremećaje i opštu populaciju, dok nalazi pokazuju da rizik nije mali, a posebno među ženama. Na primer, značajan broj ljudi koji imaju dijagnozu blage i umerene retardacije razmišlja o samoubistvu, dok su suicidne misli veoma retke samo kod osoba sa težom i teškom mentalnom retardacijom.[123]

Mladi sa invaliditetom u SAD u većem su riziku za suicid u odnosu na mlade bez invaliditeta. Rizik za suicid je sama dijagnoza invalidnosti, potom nedostatak socijalne podrške, posebno podrške drugih učenika, i suočavanje sa socijalnom izolovanošću. Adolescentkinje sa invaliditetom imaju češće suicidne misli i veće stope pokušaja suicida u odnosu na svoje vršnjakinje i adolescente sa invaliditetom. Prema procenama, oko 50% učenika sa invaliditetom ima simptome depresije i među njima je veći broj onih sa teškoćama u učenju (Wächter, Bouch, 2008: 66). Osobe sa teškoćama u učenju u visokom su riziku za suicidno ponašanje. Faktori rizika su same teškoće u učenju, ali i teškoće u uspostavljanju socijalnih kontakata i rešavanju problema, kao i upotreba supstanci i depresija. Ovi faktori prate osobe sa teškoćama u učenju tokom adolescencije i odraslog doba (Bailey, 2015: 4).

Deca sa dijagnozom blage i umerene mentalne retardacije često su pre pokušaja suicida bila fizički i seksualno zlostavljana, tako da se ovi faktori smatraju okidačima za suicidno ponašanje.[124] Prema jednom istraživanju, oko 40% dece sa mentalnim deficitom koja su psihijatrijski lečena prijavilo je obe vrste zlostavljanja. Odrasle osobe sa mentalnim deficitom koje imaju suicidne misli češće su nezaposlene, imaju dualne dijagnoze, depresivni su i anksiozni i osećaju se usamljenima. Takođe imaju slabu porodičnu podršku, slabu socijalnu mrežu i društvenu podršku. Na pri-

123 U Njujorku je zabeleženo da je u periodu 1984–1983. stopa suicida kod osoba sa invaliditetom iznosila 9,5.

124 Znaci rizika za suicid među mladima sa invaliditetom i mladima generalno dele se u dve grupe, a to su: znaci opasnosti i znaci neposrednog rizika. U znake opasnosti spadaju: uključivanje u rizična ponašanja; nagle promene društva vršnjaka i druženje sa onima koji se ponašaju rizično; povlačenje ili izolacija od prijatelja i/ili porodice; samopovređivanja; nagle promene raspoloženja; postajanje nasilnikom ili žrtvom nasilnika; promena seksualnog, rodnog identiteta; lošiji školski uspeh ili akademska postignuća; depresija; upotreba i zloupotreba supstanci; promena ritma spavanja i ishrane; promiskuitetno i atipično seksualno ponašanje. U znake neposredenog rizika ubrajaju se: preokupiranost samoubistvom (sadržajima u časopisima, knjigama...); prestanak bavljenja ranijim aktivnostima; izražavanje beznađa, bespomoćnosti i besmisla življenja; direktne izjave da će se ubiti; želja za posedovanjem oružja ili drugih sredstava kojima može da se povredi (Wachter, Bouch, 2008: 68).

mer, smrt rođaka je u ovoj populaciji visokorizičan faktor za suicid (Tiet, et al. 2006; Ammerman, et al. 1989; Lunsky 2004, 2005. prema Merrick et al. 2012: 57). Podaci iz Kanade ukazuju da veliki broj osoba sa dijagnozom mentalne retardacije smatra da njihov „život nije vredan življenja" (34%), potom 23% ima suicidne misli, dok je 11% pokušalo suicid (Lunsky, 2004. prema Merrick et al. 2012: 61).

Rizik za suicid kod osoba sa mentalnom retardacijom, koje su praćene u dužem vremenskom periodu u Finskoj, bio je sličan za žene kao i u opštoj populaciji među ženama, ali su muškarci bili u tri puta manjem riziku u odnosu na muškarce iz opšte populacije.[125] Od ukupnog broja ispitanika (2.372) desetoro je izvršilo suicid, tako da je stopa 16,2. (na 100.000). Najviše je ljudi sa blagom mentalnom retardacijom. Nije nađena bitna rodna razlika u ovoj populaciji, ali je manja među muškarcima u odnosu na opšu populaciju. Gubitak i prilagođavanje novoj sredini smatraju se rizičnim faktorima. Zajedničko za sve osobe koje su izvršile suicid je, pre svega, veoma slaba socijalna podrška, kao i prisustvo psihičkih problema. Najčešće je reč o anksioznosti i smanjenoj toleranciji na frustraciju. Ispitanici su patili od depresije koja nije bila tretirana, a nije bila ni prepoznata u porodici (Patja et al. 2001: 307–311).

Sudeći po nalazima iz literature, suicidno ponašanje je ozbiljan problem među ovom populacijom. Inače su društvene i socijalne okolnosti jedan od ili čak najvažniji faktor rizika među ovom i drugim vulnerabilnim grupama. Stoga, važan socijalni model proučavanja invaliditeta naglašava da je suštinski problem invalidnosti njegova društvena uslovljenost, u stvari – određenost faktorima sredine u kojoj živi osoba sa invaliditetom (Petrović, 2016: 265).

5.5 Vojnici i ratni veterani i suicidno ponašanje

Rat dovodi do značajnih promena na društvenom i individualnom nivou (kako za stanovništvo tako i za učesnike rata). Na makro nivou, političke odluke utiču na socijalne, ekonomske i zdravstvene politike, a one utiču na politike i prakse u regionu i lokalnoj zajednici. Na individualnom nivou, menja se način i kvalitet života koji uzrokuje emotivni stres, traumu i loše mentalno zdravlje. I društvo i pojedinci su direktno ili indirektno (učešće u borbi, gubitak bliskih ljudi, uticaj medija) izloženi ratnim posledicama. Rat, kao i terorizam i prirodne katastrofe, dovodi veći deo

125 U pitanju je multidisciplinarna studija u kojoj su učestvovali stručnjaci iz medicinskih, psiholoških i sociioloških nauka. Uzorak je činilo 2.372 ljudi sa dijagnozom mentalne retardacije, koji su praćeni u periodu od 35 godina (od 1963. do 1997).

populacije u stanje stresa. To ne znači da će doći do mentalnih poremećaja, ali će svakako uzrokovati strah, zabrinutost, nesanicu i rizično ponašanje. Zato su u toku ovakvih dešavanja i posle njih neophodne rane javno-zdravstvene intervencije.

U literaturi se nailazi na različita mišljenja o uticaju rata na suicid vojnika i civila. Na primer, da se stopa suicida u vreme rata smanjuje, kao i da se povećava u vojsci i među civilima korišćenjem vatrenog oružja. Navodi se da u različitim vojskama u proseku od 100 do 120 vojnika izvrši suicid (na 100.000). Zbog sporih reakcija društva, nastale promene mentalnog zdravlja, posebno uslovljene posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP), i posle završetka rata mogu postati hroničan problem i uzrok suicida.

PTSP je snažno povezan sa zloupotrebom alkohola, lekova i drugih supstanci, a upotreba supstanci sa povećanjem povreda, nasilja, profesionalnom i porodičnom nestabilnošću, ranim mortalitetom, samoubistvima i ubistvima. Impulsivnost, u kombinaciji sa poremećajem raspoloženja ili PTSP-om, povećava rizik za suicidno ponašanje. Smatra se da su ratni veterani u dvostruko većem riziku da izvrše suicid u odnosu na ljude koji nisu učesnici rata, a u 6 puta većem riziku da pokušaju samoubistvo u odnosu na opštu populaciju. Tako je dat model suicidnog ponašanja ratnih veterana koji obuhvata sledeće važne komponente: genetske, prenatalni razvoj, biološke i psihosocijalne faktore od rođenja do mobilizacije, mobilizacioni stres, ratni stres, fizičke povrede i traume mozga na ratištu, okidače za suicidno ponašanje, suicidni akt (Sher, 2009: 144–151).

S obzirom da je ratna trauma individualni i društveni fenomen, upravo država i društvo utiču na saniranje i na produžavanje traumatskih efekata. Traumatska iskustva se pojačavaju ukoliko društvo nema jasan odnos prema ratu (primer u Srbiji 1991–1995), nema podataka o broju poginulih, dok ratni vojni invalidi (RVI) postaju društveno nevidljiva grupa. Sekulić (2009) smatra da su različiti psihički problemi usko povezani sa nemogućnošću društvene artikulacije sopstvenog iskustva, pa se izlaz nalazi u povećanoj stopi samoubistava i alkoholizmu.[126] I pored izveštaja nekih istraživača da su stope suicida niže u toku rata nego u mirnodopsko vreme, negativni efekti ostaju dugo po završetku rata. Posle nekoliko godina, posledice su često vidne među veteranima, RVI i civilnim stanovništvom. Vlade posle rata smatraju da se prevencija suicida *formira* na mikro nivou tj. da se sastoji u javljanju pojedinaca – veterana i RVI, institucijama

126 Odnos javnog mnjenja prema RVI u Srbiji uglavnom je stigmatizujući. Doživljavaju se kao poremećen deo društva, ratni zločinci, osobe čije je učešće u ratu isključivo povezano sa njihovom ličnom odgovornošću. Optužuju ih za poraz ili početak rata i ne uvažavaju njihove posebne potrebe (Sekulić, 2009).

za mentalno zdravlje, zanemarujući značaj prevencije na makro nivou, u stvari, ulogu društva u važnim promenama u socijalnoj, stambenoj, ekonomskoj i zdravstvenoj politici. Stoga istraživači samoubistva i kreatori politika treba da razumeju uzroke suicida u ovoj populaciji, te da odgovornost ne prebacuju na pojedince i zdravstvene ustanove.

Prema izveštaju Američke vojske, u periodu 2003–2009. stopa samoubistva u vojsci premašila je stopu nacionalnog proseka. U toku 2008. stopa suicida među vojnicima bila je 19,5 (na 100.000). Pojačan stres koji trpe vojnici, a posebno u toku i posle borbe, zahteva savetovanja i psihoterapije, o čemu izveštavaju i oficiri (Merrick, Shahtahmasebi, 2013: 78–79). Prema nalazima, suicid je prisutniji među mladim muškarcima RVI, neoženjenim, koji žive u ruralnim oblastima, imaju problema sa fizičkim i mentalnim zdravljem, ali ne koriste usluge institucija za mentalno zdravlje, imali su traumatsku povredu mozga, u riziku su za beskućništvo, imali su ranije psihijatrijske hospitalizacije, pokušavali suicid. Stope suicida među ratnim veteranima su stabilne, posebno kod muškaraca u srednjim godinama, i pored pada u opštoj populaciji (period 2008–2011) u SAD (McCarthy et al. 2015: 1935–1937). Kod ratnih veterana (učesnika rata u Avganistanu i Iraku)[127] nađena je statistički značajna povezanost suicidnih ideja sa politraumom i hroničnim bolom, kao i sa PTSP-om i depresijom ili PTSP-om i zloupotrebom supstanci, ali ne i samo sa PTSP-om.[128] Posttraumatski stresni poremećaj i velika (*major*) depresija primećeni su kod oko 20% američkih i britanskih veterana, učesnika ratova u Iraku i Avganistanu.[129]

Prema nalazima druge studije, u SAD je takođe viša stopa suicida među mladim veteranima,[130] posebno onima koji su bili hospitalizovani

127 Cilj istraživanja je ispitivanje poveznosti između posttraumatskog stresnog poremećaja, povrede mozga i hroničnog bola sa suicidnim ponašanjem. Istraživanje je rađeno na uzorku od 211.652 ispitanika.

128 Inače je mentalno zdravlje učesnika rata, od početka američkih sukoba u Iraku i Avganistanu, narušeno i povezano sa suicidnim ponašanjem. Primećeno je učestalije suicidno ponašanje mladih vojnika u toku borbe. Od ukupnog broja ispitanika, 2,6% (5.653) ima suicidne misli, dok je suicid pokušalo 0,4% (753). Suicidno ponašanje je manje zastupljeno među Afroamerikancima u odnosu na Hispano Amerikance. Žene veteranke imaju češće pokušaje suicida i suicidne ideje od muškaraca (Finley et al. 2015: 380–381).

129 Prisutan je kod osoba koje su izložene teškim traumatskim situacijama.

130 Držanje vatrenog oružja u kući po završetku rata predstavlja opasnost, a posebno za veterane koji imaju PTSP. Tako je, na primer, u Švajcarskoj prisutan veoma liberalan stav države o nošenju oružja koji se povezuje sa stopama suicida. U velikom broju domaćinstava (35%) drži se vatreno oružje. Stručnjaci ukazuju na opasnost od ovakvog običaja (zakona) jer je utvrđeno da posedovanje oružja od strane većeg broja domaćinstava vodi i ka većoj stopi suicida, homicida i masovnih ubistava. Primećeno je da veterani i vojna lica često imaju oružje u kućama. Mladi regruti često zadržavaju

u institucijama za mentalno zdravlje, a najviše sa dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja. Ipak je u periodu od 1995. do 2001. znatno povećan broj usluga u ovim institucijama i ratni veterani u većem broju (skoro 30% više) koriste vanbolničke usluge (različite vrste psihoterapija i socioterapija, porodičnu terapiju itd.). Ova promena je dovela do smanjenja stope suicida, prema nekim nalazima (Desai et al. 2008: 121–122). Stoga, ovakva istraživanja potvrđuju značaj reorganizacije institucija za mentalno zdravlje, uz omogućavanje dostupnosti usluga ratnim veteranima, kao značajan institucionalni faktor u prevenciji suicida.

Pri analizi učestalosti suicida transrodnih osoba među ratnim veteranima dobijaju se novi i neočekivani podaci. Najpre je nađen znatno veći broj transrodnih osoba nego u opštoj populaciji, i to 22,9 (na 100.000) u odnosu na 4,3 u opštoj populaciji. Učestalost samoubistava je 20 puta veća u odnosu na druge učesnike rata koji se ne izjašnjavaju kao transrodne osobe. Različita su objašnjenja za ovu pojavu, tj. za tako visok procenat prisutnosti transrodnih osoba među ratnim veteranima. Jedno od njih se nalazi u teoriji o hipermaskulinitetu (Brown) po kojoj mladi muškarci, pripadnici transrodne grupacije, pokušavaju da se u procesu psihosocijalnog razvoja bave tipično muškim aktivnostima (upotreba oružja, borba, fizički treninzi) da bi postali „pravi muškarci" (Blosnich et al. 2013: 28). Međutim, stopa suicidnog ponašanja je inače znatno veća među ovom vulnerabilnom populacijom, te se mora povezati sa njihovim tretmanom u društvu, kao i tretmanom u različitim institucijama. Posebno je značajno što pripadnici transrodne populacije ređe traže pomoć zbog mentalnih tegoba u odnosu na opštu populaciju, što povećava rizik od suicida.

U Indiji se takođe ističe viša stopa suicida među vojnicima u odnosu na opštu populaciju. Tako je, na primer, u 2006. godini 120 vojnika izvršilo suicid, najčešće vešanjem, potom upotrebom oružja, a mali broj trovanjem i skokom sa visine. Kod ratnih veterana je takođe veća stopa suicida, a kao najčešći uzroci navode se porodični (64%), potom organizacioni (18%), medicinski povezani sa HIV-om (12%), pad samopoštovanja kod žrtava ili izvršilaca seksualnog zlostavljanja, kao i bračni i finansijski (Ram, 2011: 84–86).

Rizični faktori za suicid posle rata nalaze se prvo u društvu, a potom u ličnosti. Primer je naše istraživanje o RVI, učesnicima rata na prostorima bivše Jugoslavije, koji su bili suočeni sa nizom socijalnih problema povezanih sa invalidnošću, preseljenjem u novu sredinu, kao i suicidnim

---

oružje koje su koristili pri vojnoj obuci, dok vojno osoblje (oficiri, generali) u kućama drži i oružje i municiju. Stopa suicida upotrebom vatrenog oružja u Švajcarskoj je treća po redu u svetu, posle SAD i Finske (Frei, 2009: 72–74).

ponašanjem.[131] U trenutku ispitivanja, preko 70% RVI[132] i preko 50% članova njihovih porodica nisu imali posao, dok 45% nije imalo svoj stambeni prostor. Značajan broj četvoročlanih i višečlanih porodica živele su u stanovima od 20 do 40 m^2. Posle rata se promenio i bračni status RVI. Bilo je više razvedenih i udovaca, dok su neki izrazili sumnju da će supruge nastaviti da žive sa njima. RVI koji nisu bili u braku smatrali su da imaju minimalnu mogućnost za zasnivanje braka. Svoj socioekonomski status u 93,6% slučajeva ocenili su kao loš i veoma loš, uslovljen nemogućnošću obavljanja poslova koje su obavljali ranije, nezaposlenošću, migracijom, bitno smanjenim brojem članova koji su u radnom odnosu, gubitkom materijalnih dobara, lošom stambenom situacijom.

Ispitanici su istakli najvažnije probleme: materijalne, porodične, bračne, zdravstvene, nalaženje posla, prekvalifikaciju, stambene, psihološke. Očekivali su da im država obezbedi posao, ortopedska pomagala, veću invalidninu, prekvalifikaciju, bolju medicinsku rehabilitaciju, invalidsku penziju, poštovanje Zakona o RVI, prilagođavanje stambenog prostora potrebama invalida, preuređenje stana (Dragišić Labaš, 1998, Dragišić Labaš, 2012). Ispitanici su posle rata imali više psihosomatskih poremećaja u odnosu na predratni period, nisu zadovoljni provođenjem slobodnog vremena, podrška u porodici je smanjena, a od društva – prema njihovom doživljaju – minimalna, dok posebno brine podatak o suicidnim razmišljanjima. Pre rata, suicidne misli je imalo 1,49% ispitanika, a posle rata 27,72%. Pre rata je pokušalo suicid dvoje ispitanika, a posle rata 6. Podatak o pokušajima i izvršenim suicidima RVI, dobijen od strane Udruženja RVI Srbije, ukazuje da je ova populacija u visokom riziku za suicid.[133]

U periodu od 1998–2007, stopa suicida u Vojsci Srbije iznosila je 13 (na 100.000). Da bi se došlo do uzroka suicida korišćen je metod psiho-

131 Istraživanje je rađeno u periodu 1996–1997. godine. Cilj je bio ispitivanje upotrebe i zloupotrebe alkohola pre rata, u ratnim uslovima i periodu posle rata, kao i prisustvo socijalnih problema, na uzorku od 202 ispitanika (194 muškaraca i 8 žena), učesnika/ca rata (1991–1995) na prostorima bivše Jugoslavije. Jedan broj RVI živeo je pre ranjavanja u BiH. Uz glavne ciljeve, ispitivano je i prisustvo suicidnog ponašanja.

132 Što se donekle moglo i očekivati, s obzirom da je kod većine bio u toku rehabilitacioni proces.

133 U toku 1997. na teritoriji Beograda 8 ratnih vojnih invalida izvršilo je suicid. Ukoliko bismo uzeli procenu o minimalnoj stopi samoubistva, po Poldingeru (1980. prema Jakulić, 1994), i to 10 na 100.000, u Beogradu bi se moglo očekivati da godišnje oko 200 ljudi izvrši suicid (0,01% od ukupnog broja stanovnika). Procenat ratnih vojnih invalida koji su u toku 1997. godine izvršili suicid, u odnosu na ukupan broj RVI (2.000) koji žive na teritoriji Beograda, iznosi oko 0,4%, što je 20 puta više od pretpostavljene učestalosti u opštoj populaciji (Dragišić Labaš, 2001).

loške autopsije.[134] U pitanju je 35 suicidanata, prosečne starosti 21,76 godina, uglavnom sa završenom srednjom školom, iz seoske sredine. Skoro polovina vojnika koji su izvršili suicid živela je u porodicama sa veoma lošom materijalnom situacijom, a značajan broj potiče iz nekompletnih i disfunkcionalnih porodica. Skoro 70% je izvršilo suicid vatrenim oružjem u krugu kasarne u vreme obavljanja stražarske dužnosti. Kao značajni rizični faktori pre dolaska na odsluženje vojnog roka istaknuti su – nekompletna i disfunkcionalna porodica, problem prilagođavanja vršnjacima i kažnjavanja zbog tuča i krađa; potom specifični vojni faktori – dostupnost oružja, usamljenost na straži, psihofizički umor, nedostatak socijalnopsihološke podrške u kasarni od strane stručnih lica; vulnerabilna ličnost i životni događaji koji su prethodili izvršenju suicida (iscrpljenost adaptacionih kapaciteta za služenje vojnog roka, prekid emotivne veze, akutne psihičke tegobe, aktuelni porodični problemi). Zaključeno je da je samoubistvo u vojsci proces koji ima vremensku i razvojnu dimenziju i dinamiku, a uslovljeno je prisustvom više faktora (Dedić, Panić, 2010: 549–555).

Žrtve zarobljavanja i torture u toku rata na prostorima bivše Jugoslavije (1991–1995) razvile su posle rata PTSP i druge psihotične i afektivne poremećaje, kao i zavisnost od PAS. Žrtve su u 33% slučajeva razvile PTSP, a 10% veliku depresiju. Osećanje nesigurnosti i gubitka kontrole nad životom smatraju se bazičnim faktorima nastanka poremećaja, uz izostanak društvene i pravne podrške (Čavić, 2012: 17).

Za kraj, u tekstu koji sledi biće analizirana priča udovice oficira JNA koji je izvršio samoubistvo. Priča je uzeta iz studije *Skriveni rat* autorke Nade Sekulić (2009). Pokušaćemo da izdvojimo rizične faktore za suicid.

Ratni veteran koji je ispunjavao svoje vojne i patriotske obaveze, odgovoran i lojalan, teško je podnosio rat, a posebno kada mu je ginula voj-

134 Psihološka autopsija se smatra najefikasnijim dostupnim metodom za identifikovanje uzroka suicida. To je psihološko post-mortem istraživanje koje uključuje značajne osobe iz okruženja i korišćenje, ukoliko su dostupni, podataka iz službene evidencije. Kontrolna grupa nije neophodna, ali je svakako dobra jer omogućava precizniju identifikaciju rizičnih faktora za suicid (Ramchand et al. 2015: 7). U ovom istraživanju korišćeni su podaci dobijeni psihološkom autopsijom suicida. Podaci su dobijeni od roditelja, prijatelja i kolega – vojnika. Korišćena je i medicinska i personalna dokumentacija. Dobijeni podaci su poređeni sa kontrolnom grupom vojnika. Ispitivanjem porodičnih odnosa (obavljen razgovor sa članovima porodice) utvrđeno je da je 28,6% vojnika odraslo u nekompletnim porodicama, 37,1% imalo loš odnos sa ocem, a 14,3% sa majkom, dok su česte svađe među roditeljima bile prisutne u oko 30% porodica. Potom su 17% očeva alkoholičari, dok je 11,4% imalo člana porodice koji je izvršio suicid, a u detinjstvu je 25,7% doživelo smrt bliskog člana porodice. Kod 54,3% bio je prisutan presuicidni sindrom, dok je 14,3% ostavilo oproštajno pismo (Dedić, Panić, 2010).

ska. Posle smrti vojnika nije mogao da spava ili se budio, preznojavao i buncao. U vreme njegovog boravka na ratištu porodica je živela u neizvesnosti i strahu za njegov i svoj život. Supruga je spavala pored dečije sobe sa pištoljem ispod jastuka. Njihova kuća bila je obeležena krstićem, što je značilo da svakog trenutka mogu biti napadnuti. Porodica je potom izbegla u Srbiju, a supruga je uspela da ponese jednu torbu. Ostali su bez ičega i, kako ona kaže – „nemaš iglu, nemaš konac, nemaš dugme, nemaš ništa živo". Smešteni su u nečiju vikendicu, a stvari su im davali rođaci. Neki ljudi su govorili: „Zašto ste pobegli što se niste branili?" To ga je jako vređalo. Suprug se osećao loše posle dolaska u Srbiju. Nije mogao da spava, niti da jede, vraćale su mu se slike sa ratišta i tada odlazi u bolnicu. Nije bio sklon svađama, bio je ćutljiv, „sve je držao u sebi", nije govorio šta oseća, nije nikada pominjao samoubistvo. Dve godine od izbegličtva izvršio je suicid. „Došla mu je žuta minuta", nije više mogao da izdrži. Supruga smatra da je samoubistvo posledica učešća u ratu. U otpusnoj listi je napisano da je njegovo stanje posledica boravka na ratištu.

Oficir se suočio sa visokostresnim životnim situacijama u trajanju od 7 godina, počevši od onih na ratištu, posebno povezanih sa smrću vojnika, ostavljanjem porodice da se suočava sa ratom bez njegovog prisustva, preko izbegličtva i, na kraju, neprihvatanja i osuđivanja od strane drugih iz novog okruženja, koje smatramo okidačem samoubistva. U pitanju je verovatno i posttraumatski stresni poremećaj koji nije na vreme lečen, kao i introvertna ličnost koja svoja razmišljanja i bol nije delila sa drugima.

5.6 Pripadnost seksualnim manjinama – LGBT populaciji – kao faktor rizika za suicid

Povezanost između pripadnosti manjinskoj grupi i samoubistva snažno je posredovana društvenim faktorima. Reklo bi se da je ova veza očiglednija i snažnija u odnosu na neke druge faktore, a izraženija u tradicionalnim društvima.[135] Tako tradicionalne predrasude uključuju otvoreno iskazivanje negativnih stavova i ponašanja prema nekoj grupi, u ovom slučaju LGBT. S druge strane, moderne predrasude uključuju prikrivene i suptilne stavove prema grupi *drugačijih.* Obuhvataju poricanje postojeće

135 U društvima u kojima je prisutna netolerantnost prema „devijantnim životnim stilovima" osobe koje pripadaju manjinskim grupama – grupama drugačijih, brane se od društva. Oni su naterani da zauzmu neprijateljski stav prema društvu, koje je neprijateljski raspoloženo prema njima. Ljudi mogu biti jako uplašeni ako osećaju nešto što nije društveno prihvatljivo, te emocije potiskuju i „blokiraju iza paravana" (Skiner, Kliz, 2000: 294).

diskriminacije članova grupe, antagonizam prema potraživanjima manjinske grupe i ljutnju povezanu sa posebnim pravima koje manjinska grupa zahteva (Aronson et al. 2005).

Istraživanja ukazuju na postojanje brojnih negativnih stavova prema transrodnoj populaciji.[136] Ovakve stavove češće imaju veoma mlade i starije osobe u poređenju sa osobama srednje generacije, kao i osobe nižeg obrazovanja i religioznije, politički konzervativnije i one s manje kontakata sa LGBT populacijom. Stavovi prema gejevima su negativniji nego stavovi prema lezbejkama. Muškarci imaju negativnije stavove od žena i prema gejevima i prema lezbejkama. Sociodemografske karakteristike utiču na stavove, i to: nivo obrazovanja, pol, socioekonomski status, vrednosne orijentacije, religioznost. Pozitivan stav je povezan sa nižom religioznošću i višom liberalnošću, kao i sa edukacijom o ovoj populaciji i direktnim kontaktom.

Među pripadnicima LGBT populacije u odnosu na heteroseksualnu pronađeni su: viši nivoi neraspoloženja i samopovređivanja, suicidne misli, planiranja i pokušaji suicida i češća obraćanja lekarima za pomoć (Bostwick et al. 2014: 1131). Pregledom novije literature došlo se do podataka o suicidnom ponašanju mladih pripadnika LGBT populacije. Procenjuje se da su kod mladih pripadnika seksualnih manjina 2 do 7 puta veće šanse da pokušaju suicid u odnosu na svoje heteroseksualne vršnjake. Korišćenjem metaanalize, nađeno je da 28% mladih iz LGBT ima istoriju suicidnog ponašanja u poređenju sa 12% heteroseksualnih vršnjaka (Haas, Eliason, 2011; Marshal et al. 2008. prema Bostwick et al. 2014: 1129).

U SAD u periodu od 1990-ih do 2000-ih, pokušaji suicida među mladim gejevima bili su 2 do 3 puta učestaliji u odnosu na heteroseksualne muškarce, a čak oko 30% godišnje izvršavalo je suicid. Prema Fukou (Foucault, 1990), jedno od objašnjenja o najčešćim razlozima za suicidno ponašanje mladih homoseksualaca je stid (sramota) zbog kulturne reprezentacije homoseksualnosti kao grešne, nezakonite, patološke, kriminalne i poremećene, koja je nastala iz religijske perspektive seksualne različitosti i starijih medicinskih i psihijatrijskih razumevanja neheteroseksualnosti. Zbog ovakvih stavova dolazi do vređanja, ismejavanja, fizičkog nasilja i

136 Medicinskom terminologijom rečeno, termin transrodnost (*transgender populations*) koristi se za populaciju kod koje rodni identitet nije u skladu sa polom dobijenim rođenjem (Institute of Medicine, 2011; The GenIUSS Group, 2014. prema Coulter et al. 2015: 252). Međutim, transrodnost se definiše i kao življenje van socijalno konstruisanih uloga maskuliniteta ili femininosti i predstavlja širi termin od transeksualnosti. Transseksualci su osobe koje žele da se podvrgnu hormonskoj terapiji i promeni pola. Tačan broj i transrodnih i transseksualnih osoba nije poznat, a podaci o ovome dobijaju se iz evidencija o operisanima zbog promene pola, što se smatra neadekvatnim pokazateljima i potcenjivanjem rasprostranjenosti (Blosnich et al. 2013: 27).

ucena, što dovodi do gubitka samopoštovanja i javljanja samomržnje među mladima iz gej i lezbo populacije. Dugotrajne psihološke posledice, uslovljene ovakvom vrstom ponašanja prema mladim homoseksualcima, dovode do samodestruktivnog ponašanja (Cover, 2011: 2, 97).

Kada se uz seksualnu orijentaciju uključe druge varijable, kao što su pol, rasa i etnicitet, dobijaju se potpuniji podaci o rizičnim i protektivnim faktorima za suicid. Tako je među mladima koji pripadaju seksualnim manjinama u SAD i različitog su pola, etniciteta i rase nađeno da devojke poreklom iz Afrike i Azije imaju manje stope suicidnog ponašanja u odnosu na Amerikanke, kao i muškarci poreklom iz Azije u odnosu na Amerikance.[137] Kod devojaka, pripadnica LGBT, češći su pokušaji suicida u odnosu na muškarce pripadnike LGBT, ali razlika nije statistički značajna. Iako rezultati studije potvrđuju da je suicidno ponašanje posledica višestruke marginalizacije, etnička pripadnost se u nekim slučajevima pokazala zaštitnim faktorom. Autori ukazuju na značaj regionalnih stavova i politika prema seksualnim manjinama koji utiču na njihovo mentalno zdravlje i suicidno ponašanje (Bostwick et al. 2014: 1131–1135).

Povezanost između pripadnosti LGBT, narušenog mentalnog zdravlja i suicidnog ponašanja potvrđena je u više studija, posebno ako su u pitanju osobe nižeg socioekonomskog statusa. Istraživanjem prisustva mentalnih poremećaja kod mladih beskućnika koji pripadaju gej, lezbo, biseksualnoj (GLB) i heteroseksualnoj populaciji, došlo se do rezultata da je prisustvo epizoda *major* depresije prisutnije u GLB populaciji (41,3%), posebno gej muškarca u odnosu na heteroseksualne muškarce (28,5%), zatim, posttraumatski stresni poremećaj je takođe u većem procentu zastupljen kod GLB populacije, posebno gej devojaka kod kojih su prisutnije i suicidne ideje. Nasuprot ovim podacima, poremećaj ponašanja je prisutniji kod heteroseksualnih muškaraca u odnosu na homoseksualne (85,1% prema 63,2%). Zloupotreba alkohola je niža među gej muškarcima u odnosu na heteroseksualne. Gej devojke u većem broju koriste alkohol i druge PAS u odnosu na heteroseksualne devojke.

Iz svega navedenog, sledi zaključak da gej devojke koje pripadaju populaciji beskućnika imaju više mentalnih poremećaja, i to – posttraumatski stresni poremećaj, suicidne ideje i pokušaje suicida, zloupotrebu alkohola i droga, u odnosu na heteroseksualne devojke. Gej devojke imaju više mentalnih problema u odnosu na gej muškarce i biseksualne i heteroseksualne adolescente beskućnike. Smatra se da su žene koje pripadaju gej

137 Istraživanje je rađeno u periodu 2005–2007. u SAD na uzorku od 73.154 mladih starijih od 12 godina.

populaciji pod većim rizikom za razvoj problema sa alkoholom i suicidnog ponašanja zbog socijalnog neodobravanja njihove seksualne orijentacije (Whitbeck et al. 2004; Lewis Alexander et al. 2004. prema Dragišić Labaš, 2016: 53).

Podaci ukazuju na izuzetno visok broj LGBT osoba koje u toku celog života imaju suicidne misli, a čak je nađeno 65% u Virdžiniji (SAD), dok među opštom populacijom iznosi 8,4%. Pokušaji suicida su takođe znatno učestaliji u ovoj populaciji i iznose preko 30%, dok preko 40% ima veliki broj pokušaja suicida u toku života u odnosu na 3% u opštoj populaciji u SAD (Blosnich et al. 2013: 28).

Često se ukazuje na sramotu kao važan uzrok suicida u ovoj populaciji, ali i generalno. Sramota vodi u depresiju, anksioznost i druge mentalne poremećaje i smatra se jednim od osnovnih komponenti suicidnog sindroma. Tako samoubistvo postaje logično rešenje za neizdrživu situaciju – *patološku sramotu*, ali i nemogućnost da se postigne pripadnost društvu. Osobe očekuju negativne reakcije od strane drugih i veruju da ne mogu da održe socijalnu poziciju (Cover, 2011: 97).[138]

Mladi, pripadnici LGBT u Kanadi (Wells, 2009: 222–225), imaju više stresnih životnih događaja, uzrokovanih bulingom u školi, uznemiravanjem i pretnjama u javnom prostoru, od njihovih vršnjaka.[139] Takođe, u odnosu na svoje vršnjake, češće osećaju otuđenost, nerazumevanje, zloupotrebljavaju PAS i imaju suicidne misli. Još su u većem riziku mladi iz nižih socijalnih slojeva. Stoga se u Kanadi smatra da pripadnike seksualnih manjina, uz kulturne i jezičke, treba zaštititi zakonom. Pored opštih faktora koji su rizični za suicid adolescenata, mladi pripadnici seksualnih manjina često se suočavaju sa neprihvatanjem od strane porodice, što je dodatni, visoko stresogen faktor koji utiče na odluke o samoubistvu. Poznato je koliko podrška roditelja i pozitivna školska klima utiču na zdravlje dece i adolescenata. Nažalost, ovakva podrška je uskraćena mladima iz seksualnih manjina.

Stanovništvo u Srbiji je, prema nekim istraživanjima, homofobično, dok su često prisutni nasilje i neprihvatanje od strane drugih, kao i strah

138 O sramoti govori više autora, a među njima i Šnajdman (Shneidman, 1985) koji sugeriše da su sva samoubistva pokušaji da se pobegne iz neizdržive situacije, dok je sramota moguć uzrok neizdrživog psihičkog bola. Sramota, uz izolaciju i stigmatizaciju, izaziva mentalne poremećaje koji dovode do samopovređivanja. Za Dirkema je sramota element u altruističkkom samoubistvu (Cover, 2011: 97).

139 Prema jednom istraživanju, 10,5% učenika osnovne i srednje škole pripada LGBT, dok 4,6% još nisu sasvim sigurni koje su seksualne orijentacije. Oni se suočavaju sa homofobijom, višim nivoima nasilja i viktimizacije i zdravstvenim poblemima (Birket et al. 2009. prema Wells, 2009: 223–224).

od drugih među pripadnicima LGBT. Mršević (2015) navodi da su osobe koje pripadaju LGBT izložene diskriminaciji, fizičkim napadima, uvredama i govoru mržnje. Oko 80% građana ne želi LGBT osobe u svojoj porodici. Roditelji dece koja pripadaju LGBT pribegavaju nasilnim metodama *prevaspitanja* – uskraćivanja druženja, sportskih aktivnosti, prinudnog lečenja, fizičkog nasilja i izbacivanja iz kuće. Prema autorki, ovakvo roditeljsko postupanje može da *odvede* decu u kriminal, beskućništvo, prostituciju i zloupotrebu supstanci. Mršević (2015) takođe navodi priče mladih koji su doživeli nasilje i pretnje u porodici, te istraživanje koje je sproveo Pašić (2012) da u dve od deset porodica u Srbiji deca LGBT dožive nasilje i pretnje izbacivanjem, a čak i ubistvom, u šest stav da treba da se leče, a samo u jednoj dete je prihvaćeno ili se njegova seksualna orijentacija ignoriše. Stoga se smatra da su LGBT porodice u Srbiji skoro potpuno nevidljive.

Jedno od retkih istraživanja svakodnevnog življenja i problema neheteroseksulanih osoba iz Srbije (Radoman, 2017: 214–215, 217) potvrđuje iskustva diskriminacije i nevidljivosti koja snažno utiču na formiranje slike o sebi. Takvo iskustvo oblikuje životne strategije i relacije sa drugima. Uzrokovano je i određenim faktorima na nivou strukture – politikama prema homoseksualnosti, heteronormativnosti i tradicionalnim vrednostima, kao i „nepostojanjem modela na osnovu kojih bi homoseksualna osoba mogla da formira afirmativan stav o svojoj seksualnosti". Pozicija LGBT, koja je u opoziciji sa heteronormativnim značenjima, uslovljava niz nesporazuma, nerazumevanja i izloženost nasilju. Ove osobe imaju doživljaj nepripadanja i odbačenosti, moraju da se skrivaju, lažu ili da se direktno sukobljavaju sa društvom. Osećaju strah i stid i imaju snažnu potrebu da se povežu sa drugim *LGBTTIQ*[140] osobama, ali autovanje je i faktor rizika od nasilja i nevoljnog razotkrivanja. Upravo ova dvostrukost oblikuje svakodnevnu komunikaciju mnogih neheteroseksualnih osoba.

Odbijanje društva da prizna homoseksualnost kao bitan deo ljudskog iskustva i razvijanje negativnih socijalnih predrasuda utiče na homoseksualne osobe, kao i na internalizaciju homofobije ili stigme. Tako su homoseksualci pogođeni i pate od stereotipa koji su deo homofobične predstave koju društvo ima o njima (Altman, 2010. prema Radoman, 2017: 210). Negativne predrasude i stereotipi prema LGBT populaciji i samostigmatizacija narušavaju njihovo mentalno zdravlje i povećavaju mogućnost za pokušaje i izvršene suicide.

---

140 LGBTTIQ obuhvata lezbejke, gejeve, biseksualne osobe, *transgender, transsexual, intersex* i *queer* osobe (Radoman, 2017: 204).

5.7 Suicidno ponašanje među zatvorenicima i pritvorenicima

Poslednjih godina raste interesovanje i zabrinutost za suicidno ponašanje pritvorenika i zatvorenika i procenjuje se da je stopa samoubistava od 3 do 9 puta veća u odnosu na opštu populaciju, dok 7% do 50% zatvorenika prijavljuje samopovređivanje. Znatan broj zatvorenika je pre zatvaranja imao problem sa zloupotrebom alkohola i drugih PAS, psihičkim poremećajima i pokušajima suicida. Takođe se ukazuje na vezu između suicida i ponovnog vraćanja u zatvor, boravka u samicama i istorije nasilja. Najčešći način samoubistva u pritvoru i zatvoru je vešanje, i to u preko 90% slučajeva, dok se najveći broj suicida (preko 50%) izvrši u prvih 24 sata od zatvaranja. Samo zatvorsko okruženje može da deluje stresno, uz neočekivane i duge kazne, promenu mesta boravka u okviru zatvora, odbijanje pomilovanja, disciplinske procedure, maltretiranje. Zatvorenici vremenom gube kontakt sa porodicom i prijateljima, svakodnevno su izloženi opasnostima od napada i silovanja od strane drugih zatvorenika, kao i brutalnosti čuvara, te u takvom okruženju (totalnoj instituciji) dolazi do emocionalne i intelektualne deterioracije.

Još je polovinom 20. veka na II Kriminološkom kongresu ukazano na štetne efekte zatvorskog okruženja na psihičko i fizičko zdravlje i socijalni status zatvorenika.[141] Danas se govori o penitencijarnim deprivacijama koje se mogu podeliti na lišavanja: slobode, svojine i usluga, heteroseksualnih veza, autonomije i bezbednosti. Na ovakvo okruženje zatvorenici mogu reagovati pobunama, nasiljem među zatvorenicima i samoubistvom (Matisen, 2016: 39–42; Ignjatović, 2015: 187).

Prema nalazima istraživanja iz nekoliko država, potvrđene su visoke stope suicida među zatvorenicima i pritvorenicima. U Velikoj Britaniji su stope bile visoke, ali i dalje rastu (na primer, od 74 na 100.000 1988. godine na 126 u 1998. godini). U SAD i Kanadi stopa je takođe viša u odnosu na opštu populaciju. Značajni su sledeći podaci o suicidu, a važni i za politike prema mladima u zatvoru: stopa suicida kod mladih zatvorenika je znatno viša kada se nalaze u pritvoru, manja kada su u zatvoru, a najmanja kada su u kazneno-popravnim domovima. Podaci iz različitih pritvora i zatvora takođe su različiti. Na primer, u jednom američkom pritvoru, u okviru policijske stanice, samoubistvo najčešće vrše u prva tri sata od trenutka hapšenja: muškarci, belci, mlađi od 22 godine, uhapšeni zbog prekršaja, bez kriminalnog dosijea, pod dejstvom neke PAS, agresivni. Podaci

141 Zatvorska populacija u svetu raste, a posebno od 1990-ih. Najveći broj osoba lišenih slobode od ukupno 9 miliona (početkom 21. veka) zatvoreno je u 3 države – SAD (2,3 miliona), Kini (1,5) i Rusiji (0,9) (Ignjatović, 2015: 185).

iz zatvora ukazuju na to da je čest izvršilac suicida Afromerikanac, starosti od 25 do 34 godine, osuđen na više od 8 godina za zločine protiv ljudi, u ustanovi sa maksimalnim obezbeđenjem, i to najčešće posle četvrte godine odslužene kazne. Prema jednom istraživanju, 52% zatvorenika u SAD koji su pokušali suicid imalo je neki psihički poremećaj, dok je 62% imalo ranije pokušaje suicida. U Kanadi je 44% zatvorenika koji su pokušali suicid lečeno u psihijatrijskim institucijama (Pompili et al, 2012: 102–103).

Noviji nalazi ukazuju da su stope samoubistva bivših zatvorenika i prestupnika u SAD tri puta veće nego u opštoj populaciji (jedan od nalaza – 156 samoubistava na 100.000 u toku prve godine po izlasku iz zatvora). Stopa samoubistva osoba koje su dobile meru rada u korist zajednice takođe je visoka (Pratt, et al. 2006; Joukamaa, 1998. prema Show, Humber, 2012: 87).

I podaci iz Australije (Novi Južni Vels) ukazuju da je jedna trećina zatvorenika (33,7%) imala suicidne misli, a jedna petina (20,5%) pokušala suicid, što je više u odnosu na opštu populaciju. Među njima je znatno veći broj žena i Aboridžina koji su pokušali suicid u odnosu na muškarce i osobe koje ne pripadaju grupi starosedelaca. U korelaciji sa suicidnim idejama su nasilna krivična dela, depresija, traume mozga, samopovređivanja i psihijatrijske hospitalizacije, a pokušaji suicida sa odrastanjem van kuće, odlaskom roditelja u zatvor i njihovim psihijatrijskim hospitalizacijama. Smatra se da lekari koji rade u zatvorima treba da naprave rodno i kulturno senzitivne procene zatvorske populacije, a posebno da obrate pažnju na indikatore vezane za detinjstvo (Larney et al. 2012: 1, 3).

Treba obratiti pažnju na zatvorenike koji se samopovređuju jer je utvrđeno da često pokušavaju i izvrše suicid. Smatra se da povišen rizik od samopovređivanja prati i povišen rizik od suicida.[142] Preporučuje se upotreba različitih skala (za merenje depresije, beznađa) i indikatora rizika za suicid. Konstruisana je i posebna skala[143] za merenje depresije, beznađa i

142 U periodu od 2005. do 2008. godine suicid je u Engleskoj i Velsu izvršilo ukupno 220 zatvorenika. Utvrđeno je da su se suicidanti 9 puta češće samopovređivali u odnosu na druge zatvorenike. Postoji takođe i korelacija sa psihijatrijskim oboljenjem i afro i latino populacijom, kao i sa malim brojem posetilaca, zloupotrebom alkohola i droga (Humber et al. 2013: 1177–1179). I prema drugim nalazima, viši skorovi na Bekovim skalama koje mere depresiju, beznađe i suicidne misli nađeni su među zatvorenicima koji su se samopovređivali u odnosu na druge koji nisu (Palmer, Connelly, 2005).

143 Skala – *Depression Hopelessness Suicide Screening Form* (DHS), primenjena je i testirana na jednom uzorku od 4.196 zatvorenika i potvrđena je visoka osetljivost za predviđanje opasnosti od samopovređivanja, mada je nađen i značajan procenat *lažnih uzbuna*. U prvih 180 dana boravka u zatvoru, 45% zatvorenika koji su popunjavali skalu se samopovređivalo, dok je dvoje pokušalo suicid, 74% zatvorenika koji su se samopovređivali u zatvoru ranije su lečeni od depresije, oko 80% se ranije samopovređivalo, 53% je imalo ranije višestruke pokušaje suicida (Martin et al. 2014: 739).

rizika od suicida u zatvorskoj populaciji od strane Milsa i Kronera (Mills and Kroner 2003, 2004. prema Martin et al. 2014: 734–735).

Poznato je da žene generalno češće pokušavaju suicid u odnosu na muškarce, kao i u zatvorima. Takođe je visok rizik za ovakvo ponašanje u pritvoru. Prema istraživanju, rađenom u više zatvora u Engleskoj, 46% žena je prijavilo najmanje jedno samopovređivanje u toku života. Višestruka samopovređivanja povezana su sa zloupotrebom supstanci i postajanjem žrtvom nasilja (fizičkog i seksualnog). Posebno je povezano sa nasiljem u porodici izvršenim od strane prijatelja. Više je zastupljeno među Amerikankama, ali je zavisnost od droga, uz nasilje u porodici, značajno povezana sa suicidnim ponašanjem i među Afroamerikankama. Ukazuje se na potrebu većeg broja istraživanja i izradu posebnih programa namenjenih zatvorenicima, a posebno ženama koje su imale prethodnu istoriju samopovređivanja, zavisnosti od PAS i nasilja u porodici (Borill et al. 2003: 229–232).[144]

U većini zatvora nema materijalnih resursa niti dovoljno stručnjaka za pokretanje specijalizovanih programa prevencije samopovređivanja i pokušaja suicida. Ipak, zbog visoke stope suicida u pritvoru i zatvoru, u nekim modernim zatvorima uvedene su preventivne mere koje obuhvataju: podršku i pomoć drugih zatvorenika, posebnu obuku osoblja za bolje prepoznavanje promena mentalnog zdravlja zatvorenika, a naročito prepoznavanje osoba koje imaju visok rizik od samopovređivanja, i razvoj službi za mentalno zdravlje u zatvoru.

5.8 Viktimizovane osobe i suicidno ponašanje

Žrtve kriminaliteta (materijalne štete, fizičke povrede) u javnom diskursu često se vide kao homogena grupa koja ima slične psihološke reakcije. Međutim, ljudi različito reaguju na kriminalna dela, pa tako jedan broj njih može da doživi snažna traumatska iskustva. Nasilni kriminalitet dovodi do težih psihičkih posledica po žrtvu u odnosu na nenasilan, dok na proces oporavka utiču: vrsta događaja, lične karakteristike žrtve i socijalna mreža. U početku se žrtva preispituje i pokušava da razume zašto je baš „ona odabrana“, ali vremenom počinje da shvata da ne živi u potpuno bezbednom okruženju, pa može da se pojavi strah[145] i nepoverenje u okolinu i *gubitak*

144 Iz uzorka (301), 71% žena izjavilo je da su bar jednom u životu bile fizički zlostavljane, a nešto više Amerikanke, 43% bilo je seksualno zlostavljano i ne postoji bitna razlika u etnicitetu, dok je nasilje od strane partnera/supružnika ili drugog člana porodice doživelo 54% žena, znatno više Amerikanki od Afromerikanki (treba uzeti u obzir kulturne razlike u proceni ovakvog ponašanja) (Borill et al. 2003: 234).

145 Strah od zločina može biti uzrokovan makro (ekološkim) i mikro faktorima. U prve se ubrajaju: pogodnost za vršenje kriminala, prisustvo ranijih dela, sredina življenja,

kontrole nad životom. Dešava se da žrtve okrivljuju sebe umesto učinioca dela, jer na taj način žrtva vraća kontrolu i trudi se da ubuduće izbegava viktimizaciju. Na primer, žrtve silovanja optužuju sebe jer su prolazile kroz slabo naseljen deo grada ili bile pripite. Ipak, nakon događaja, mogu da se jave: anksioznost, poremećaj sna i različite psihosomatske tegobe, ali može da se razvije i PTSP. Često je prisutan i strah,[146] koji može da utiče na svakodnevno funkcionisanje žrtve, te da smanji važne aktivnosti, pa čak i kompletno funkcionisanje (Lindgren, Nikolić-Ristanović, 2011: 82–89).

U ovom delu ćemo se baviti povezanošću nasilnog kriminaliteta sa mentalnim zdravljem i suicidnim ponašanjem žrtava. Biće reči o silovanju, kao teškom krivičnom delu, i posledicama po mentalno zdravlje žrtava, kao i o različitim vrstama i posledicama partnerskog nasilja.

5.8.1 Silovanje i suicidno ponašanje

Prema procenama SZO, 35% žena u svetu je iskusilo fizičko nasilje sa ili bez seksualnog zlostavljanja u nekom trenutku u svom životu (Sriniwas et al. 2016: 22). Silovanje predstavlja vrstu seksualnog napada sa psihičkim i fizičkim posledicama po žrtvu, kratkoročnim ili dugoročnim, od kojih se jedan broj žrtava nikada ne oporavi. Definiše se kao akt nasilja koji može počiniti poznato i nepoznato lice, a podrazumeva fizičku i emocionalnu dominaciju i kontrolu žrtve. U pitanju je složeno krivično delo koje uključuje pitanja odnosa počinioca i žrtve, lažnih prijava silovanja, odnosa partnera i socijalne sredine prema žrtvi, težinu izrečene kazne i traumu silovanja (Franseze, Robert, 2009; Ignjatović, 2015: 113).

U literaturi se nailazi na termine: „blic silovanje", koje se dešava iznenada, od strane nepoznatog napadača, i „silovanje izvršeno od strane oso-

---

organizacija zajednice, mediji, vršnjaci, a u druge: lična procena o mogućnostima postajanja žrtvom, posedovanje sredstava kojima bi bila moguća odbrana, saznanje da su druge osobe bile viktimizovane (Coleman, 1990. prema Ignjatović, 2015: 149).

146 Prema našem istraživanju straha od zločina u studentskoj populaciji (Ljubičić, Dragišić Labaš, 2010), pokazalo se da izrazit strah (veoma veliku uplašenost i uplašenost) izaziva mogućnost seksualnog napada i silovanja (45,7%), potom napad nožem (32,2%), ali i provala u kuću dok su prisutni u njoj (23,7%), džeparenje, potom ubistvo, te provala u kuću kada u njoj nema nikoga. Najmanje je izražen strah od prosjaka, krađe automobila i razbojništva. Pokazalo se da je emocionalna dimenzija straha od nekih zločina (silovanja i seksualnog napada u prvom redu) izraženija među ispitanicama. Studentkinje procenjuju značajno verovatnijom viktimizaciju ovim krivičnim delom. Kod njih je više izraženo osećanje nesigurnosti i izbegavanje nekih delova grada zbog potrebe da se zaštite. Inače, 23 (39%) ispitanika bili su žrtve nekog krivičnog dela. Reč je najčešće o imovinskim deliktima (od 16 takvih dela, čak 9 su krađe). Troje ispitanika je bilo fizički napadnuto, dvoje seksualno, a jedan od njih je trpeo nasilje u porodici.

be od poverenja" (*the confidence rape*), koje uključuje nenasilno ponašanje pre nego što je došlo do ovakvog događaja. „Blic silovanje" je često povezano sa samoosuđivanjem zbog nepažnje i loše procene. Potrebna je pomoć prijatelja i stručnjaka da bi žrtva shvatila da ništa drugačije nije mogla da učini. Silovanje od strane poznate osobe često je povezano sa upotrebom PAS od strane žrtve i provođenjem vremena sa počiniocem ili u njegovoj kući ili u kolima. Silovanje osobe od poverenja se ređe prijavljuje u odnosu na „blic silovanje", čak se navodi i do 90% neprijavljivanja. Samopovređivanja su česta pojava koja se dešava posle silovanja koje je izvršila osoba od poverenja (Bowie et al. 1990: 180–185).

Najveće stope silovanja u svetu imaju SAD, a po procenama FBI prijavi se svako deseto, dok se u 2% do 4% slučajeva prijavi lažno silovanje. Prema novijim podacima, 23 miliona žena i 1,7 miliona muškaraca su žrtve pokušaja silovanja ili silovanja.[147] Prisutan je značajan broj psihičkih i socijalnih posledica uslovljenih ovim delom. Od psihičkih posledica navode se: šok, strah, konfuzija, povlačenje, krivica, depresivnost, *flashback*, prekomerna upotreba hrane, upotreba PAS, pokušaji suicida, suicid, a od socijalnih posledica: promena načina života i svih interpersonalnih odnosa, smanjenje kontakata i podrške od strane članova porodice, prijatelja, partnera i mala verovatnoća za ulazak u brak (McGhee, 2014; Franseze, Robert, 2009).

Silovanje se često ne prijavljuje i predstavlja „crnu brojku kriminaliteta", a jedan od uzroka je okrivljavanje same žrtve od strane užeg i šireg okruženja, uslovljeno nizom zabluda o silovanju, kao i sramota žrtve, kako lična tako i za porodicu.[148] Prihvatanje mitova o silovanju značajno utiče na odnos prema žrtvama i predstavlja ozbiljan problem za društvo. Prisutan je u javnom diskursu, ali i među medicinskim stručnjacima, koji treba da pruže pomoć žrtvama. Negativna socijalna reakcija utiče na oporavak i značajan je faktor suicida žrtava.

---

147 Kada je reč o uzrastu, 41% žena i 24% muškaraca bilo je starosti ispod 18 godina i 30% žena i 20% muškaraca imalo je između 11 i 17 godina. Prema Nacionalnoj anketi o žrtvama kriminala, u toku 2016. pokušaj silovanja i silovanje doživelo je 323.450 Amerikanaca. Oko 80% žrtava, starosti od 13 godina i preko, poznavalo je počinioce. U 2014. bilo je 18.000 žrtava pokušaja ili silovanja od strane članova porodice, 39.000 od strane poznanika i 5000 od strane nepoznatog lica.

148 U tradicionalnijim zemljama stavovi prema žrtvama silovanja su negativniji. Tako je u Indiji u toku 2015. bilo oko 35.000 žrtava silovanja. Prema ispitivanju stavova studenata medicine prema žrtvama silovanja u ovoj zemlji nađeno je da su studenti sa tradicionalnim stavovima (rodnim sterotipima), ali nešto više muškarci, češće prihvatali stereotipe o silovanju i žrtvama. Bitna razlika je nađena između starijih studenata, čiji su stavovi prema žrtvama bili pozitivniji, a zablude o silovanju ređe prisutne u odnosu na mlađe (Jayalakshmi et al. 2016: 25–27).

Veliki problem u SAD predstavljaju seksualni napadi i silovanja studenata u kampusima.[149] Prema ranijim podacima, među studentkinjama u 35 kampusa, 25% je bilo silovano (Burgess, Holmstrom, 1980. prema Bowie et al. 1990: 184). Međutim, prema jednom istraživanju, i pored ovakvog iskustva ispitanici-studenti se ne smatraju žrtvama. Sebe prepoznaju kao žrtve samo u slučaju ako je počinilac koristio nasilje. U SAD 80% devojaka u kampusima ne prijavljuje seksualnu viktimizaciju (seksualni napad), kao i silovanje (Sinozich, Langton, 2014. prema Marsil, McNamara, 2016: 418–419), tako da je *crna brojka* veoma visoka. Organizovanjem prevencije silovanja u kampusima smanjili bi se psihički problemi uzrokovani ovim krivičnim delom, kao i suicidno ponašanje povezano sa silovanjem.

Trauma silovanja, povezana sa genetskim i faktorima iz okruženja, može da uslovi javljanje PTSP-a i depresije u komorbiditetu sa samopovređivanjem, pokušajima suicida i zloupotrebom PAS. Procenjuje se da oko jedna trećina viktimizovanih oboli od PTSP-a. Prema nalazima jedne studije (Tiihonen Moller et al. 2014: 1–3),[150] kod 39% žena se nakon 6 meseci od silovanja razvio PTSP, a kod 47% umerena i teška depresija. U najvećem riziku su bile žene koje su napadnute od strane više od jednog počinioca, osobe koje su doživele akutni stresni poremećaj ubrzo nakon silovanja, koje su fizički povređivane u toku silovanja, i osobe koje su i ranije viktimizovane. Rane stručne intervencije, neposredno posle silovanja, mogu da smanje javljanje PTSP-a.

5.8.2 Partnersko nasilje i suicidno ponašanje

Porodično i partnersko nasilje je fenomen koji ugrožava zdravlje, pravo, dostojanstvo i blagostanje žrtava, češće žena,[151] i može dovesti do smrtnog ishoda ili zbog nanetih povreda ili zbog suicida. Istraživači se poslednjih godina intenzivnije bave povezanošću između nasilja u porodici i ozbiljnih zdravstvenih i socijalnih problema, ali i suicidnim ponašanjem

149 Prema jednom pilot istraživanju, na uzorku od 1.648 studenata (69,8% devojaka i 30,2% muškaraca) nađeno je da je 15,1% doživelo silovanje u toku života, i to 19,7% devojaka i 4,3% momaka; 9,4% je silovano od upisa na fakultet, ali sebe smatra žrtvom samo 2,9% (Marsil, McNamara, 2016: 416).

150 Istraživanje je rađeno u Stokholmu (Švedska) na uzorku od 317 žena, žrtava slovanja, koje su potražile stručnu pomoć. Ispitivano je mentalno zdravlje u periodu od 6 meseci posle seksualne viktimizacije.

151 Rodno zasnovano nasilje predstavlja one oblike nasilja koji su usmereni prema pojedincima/kama ili grupama na temelju njihovog rodnog identiteta, a koje se javlja usled normativnih očekivanja u vezi sa rodnim ulogama i nejednakih odnosa moći unutar konteksta specifičnog društva. Porodično nasilje predstavlja oblike nasilja počinjene u okviru domaćinstva, srodničkih ili partnerskih odnosa, bez obzira da li osobe žive zajedno ili ne (Bloom, 2008. prema Babović, Ginić, Vuković, 2010: 31).

viktimizovanih i zlostavljača. Nažalost, porodica može biti *kolevka nasilja*, a članovi koji su izloženi nasilju mogu postati budući nasilnici. Nasilje je naučeno ponašanje, a smatra se i da postoji genetska predispozicija za nasilje prema drugima i prema sebi (Holmes, Holmes, 2006: 67). Modeli ponašanja nasilnika mogu da se prenose transgeneracijski, ali se može preneti i model ponašanja žrtve (prenos nasilja i prenos viktimizacije). Deca uče da je nasilje dozvoljeno i prihvatljivo kao način rešavanja problema između partnera ili roditelja i dece, ali i da je normalno i trpeti nasilje.

Bez obzira na razlike u uzrocima, mehanizmima i dinamici, u jezgru svih oblika nasilja prisutno je nastojanje da se stekne ili održi moć na način koji šteti drugom akteru. Sredstva i načini preko kojih moć nastoji da se uveća ili održi mogu da uključuju različite oblike štetne akcije, prema kojima se najčešće i razlikuju specifični oblici nasilja (Babović, 2015: 345).

Fizičko, psihičko i seksualno zlostavljanje se događa u svim zemljama i ugrožava zdravlje i dobrobit miliona ljudi, s jedne strane, a prouzrokuje visoke troškove za zdravstvo, pravne usluge, apsentizam, pad produktivnosti, s druge. Prema izveštaju SZO, od 13% do 61% žena, starosti od 15 do 49 godina, iskusile su bar jednom partnersko fizičko nasilje, a od 1% do 28% je ovo doživelo u toku trudnoće, dok je od 6% do 59% žena prisiljeno na seksualni odnos (WHO, 2002: 8; WHO, 2013: 10). Zlostavljanje u detinjstvu i/ili neformiranoj porodici ili partnerstvu često se navodi kao jedan od faktora suicidnog ponašanja. Iako je zlostavljanje partnerki prisutno u svim socioekonomskim grupacijama, žene nižeg obrazovanja i koje žive u siromaštvu češće su izložene nasilju, te je u nekim istraživanjima utvrđena najviša stopa incidence upravo u ovoj grupi (Jeyaseelan et al. 2004).

Pregledom novije literature utvrđeno je da postoji visoka prevalenca (kod oba pola) između partnerskog nasilja, mentalnih problema i pokušaja i izvršenih suicida. Kod 45,8% žena i kod muškaraca od 5,3 do 31,3% prisutan je depresivni poremećaj. Anksioznost je nađena kod 27,6% žena i kod 7,4 do 27% muškaraca, a PTSP kod 61% žena i 7,1% muškaraca. Kod žena koje imaju psihičke probleme postoji veća verovatnoća da će iskusiti partnersko nasilje u odnosu na žene bez psihičkih problema. U psihijatrijskim studijama se navodi da su osobe sa mentalnim problemima u 11 puta većem riziku da iskuse partnersko nasilje u odnosu na opštu populaciju. Žrtve partnerskog nasilja traže pomoć u institucijama za mentalno zdravlje osam puta češće. Od mentalnih poremećaja često se navode: depresija, anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), pogoršanje psihotičnih simptoma, psihoze, seksualna disfunkcija, poremećaj sna i apetita, zloupotreba supstanci, suicidne ideje, suicid. Uz zdravstvene probleme prisutna je i socijalna izolacija žrtava koja može da onemogući

nastavak obrazovanja, radni angažman i brigu o sebi i deci. Deca, svedoci nasilja, takođe su u riziku da obole od depresije, PTSP-a, poremećaja ponašanja i funkcionisanja i povećane agresivnosti i hostilnosti (Campbell, 2002; Golding, 1999; McFarlane et al. 2015: 272–273; Neria et al. 2005; Stewart et al. 2016: 3; Trevillion et al. 2012. prema Howard et al. 2013: 18).

Nisu samo žrtve nasilja u povećanom riziku za suicid, već i muškarci-nasilnici, i to više oni koji su bili nasilniji u porodici. Ovakav nalaz ide u prilog pretpostavci o učenju nasilja, a moguće i postojanju genetske predispozicije za nasilje prema drugima i prema sebi, kao što je navedeno na početku ovog teksta. Posle smrtonosnog nasilja nad partnerkama, nasilnici često izvršavaju suicid ili neposredno posle ubistva ili pre sudskog procesa. Suicid češće vrše muškarci-nasilnici koji su zlostavljani u porodici porekla. Takođe je nađena povezanost između nasilja u porodici i ubistva i samoubistva kod starijih osoba. Navode se sledeći rizični faktori za ubistvo i samoubistvo u ovoj populaciji: dugogodišnja bračna zajednica; razdvajanje ili razvod; dominantan muškarac; teško bolesna žena i muškarac negovatelj; teško bolesna oba partnera; socijalna izolovanost (Holmes, Holmes, 2006: 67–70, 77).

Zloupotreba i zavisnost od alkohola su visokorizični faktori za nasilje u porodici, kao i ubistva i samoubistva. Tako prema podacima Kriminalne statistike u SAD, 75% osoba pritvorenih zbog nasilja ili ubistva u vreme hapšenja je bilo u pijanom stanju (Bushman, 1993; Lipsey, Wilson, Cohen, Derzon, 1997; Taylor, Leonard, 1983. prema Aronson et al. 2005). Prema podacima Nacionalnog instituta za zloupotrebu alkohola i alkoholizam u SAD, jedna trećina ubistava, kao i samoubistava, povezana je sa upotrebom alkohola (Lewis et al. 2004. prema Dragišić Labaš, 2015).

Prema našem istraživanju, nađena je povezanost između zloupotrebe alkohola i nasilnog ponašanja u Srbiji. Veliki broj muškaraca, i to 75%, koji imaju problem sa alkoholom takođe su verbalno i fizički agresivni (40%).[152] Preko 50% ispitanica trpelo je neku vrstu nasilja. Najveći broj njih smatra da su žrtve psihičkog nasilja (oko 30%), potom ekonomskog (17%), fizičkog (13,2%) i seksualnog (2,4%). Zdravlje žena je ugroženo, a prisutni su sledeći simptomi: osećanje uznemirenosti, straha, velika zabrinutost, loše raspoloženje, nesanica, gubitak apetita, bolovi i neprijatan osećaj u telu bez neke konkretne bolesti. Sudeći po navedenim simptomima, ispitanice imaju psihičke probleme, pored navedenih somatskih hroničnih bolesti. U pitanju su verovatno depresija i anksioznost. Žene koje žive u alkoholičarskom partnerstvu u visokom su riziku za pokušaje suicida (Dragišić Labaš, Ljubičić, 2016).

152 Verbalna agresija podrazumeva povremeno vikanje, psovanje i vređanje, a fizička različite vrste povreda (ogrebotine, modrice, podlive, opekotine, posekotine, ranu nanetu oružjem, prelom kostiju).

5.9 Suicidno ponašanje osoba koje pate od teških somatskih bolesti

Povezanost između teških somatskih bolesti i samoubistva, posebno u populaciji starijih, predstavlja značajnu i relativno čestu istraživačku temu, dok su dobijeni rezultati različiti. Uglavnom se ukazuje na korelaciju sa malignim oboljenjima u terminalnoj fazi ili drugim oboljenjima sa mogućnošću fatalnog ishoda u sledeće dve godine. Navode se i različite bolesti, kao što su: infarkt miokarda, moždani insult, dijabetes, karcinom, reumatidni artritis, multipla skleroza, HIV. Smatra se da su hronične fizičke bolesti i bitno smanjena funkcionalnost faktori rizika za suicid, posebno u populaciji starijoj od 60 godina.

Rizični faktori za suicid u muškoj populaciji[153] su karcinomi, hronične plućne bolesti, oboljenje prostate, kao i depresija i druge psihijatrijske bolesti. Prema nalazima, muškarci sa hroničnim oboljenjem pluća, koji su u braku, češće su vršili suicid, a moguć razlog za to je, prema autorima (Quan et al. 2002: 193–195), strah od zavisnosti od supruge ili drugih članova porodice. Duplo više osoba koje su izvršile suicid je imalo visoke prihode u odnosu na niske i većina je živela u urbanim regijama. Samopovređivanje se takođe povezuje sa prisustvom somatskih oboljenja. Nađen[154] je povećan rizik za samopovređivanje kod obolelih od epilepsije, astme, psorijaze, dijabetesa, karcinoma. Prema post-mortem studijama, fizička bolest je bila prisutna kod 20%, pa čak do 75% osoba koje su izvršile suicid, a sa godinama starosti se ovaj procenat povećava (Schlebusch, 2012: 65).

Povezanost između suicida, somatskih bolesti i depresije nađena je i u Japanu.[155] Ukazuje se na složenost psihosocijalnih motiva i izdvajaju drugi važni motivi za suicid – porodični i finansijski (konflikt između roditelja i dece, bračne nesuglasice, ekonomske teškoće, veliki dugovi). Većina suicidanata je imala zdravstvene probleme, a potom ekonomske. Žene su češće imale somatske bolesti i depresiju od muškaraca (Shiratori et al. 2014: 302–305). Takođe je nađena povezanost između težih somatskih bolesti, nižeg socioekonomskog statusa i psihijatrijskih poremećaja sa pokušajima

153 Uzorak je činilo 920 suicidanata i kontrolna grupa od 1.050 poginulih u saobraćajnim nesrećama, starosti 55 i više godina, u periodu 1984–1995. u provinciji Alberta (Kanada).

154 Istraživanje je rađeno u Engleskoj za period 1999–2011.

155 Uzorkom su obuhvaćene sve osobe (2.293) koje su izvršile suicid u periodu 2007–2009, starosti od 12 do 98 godina u Ibaraki (Japan), i to 73,7% muškaraca i 26,3% žena. Prosečna starost muškaraca je bila 51,3, a žena 55,1. Primenjena je analiza mreže (*network analyses*), kojom su istraživane korelacije među motivima, te su otkrivene specifične uloge nekoliko motiva.

suicida, samopovređivanjem i izvršenim suicidom na Tajvanu.[156] Većina pacijenata starijih od 70 godina imala je teške somatske bolesti i bila u najvećem riziku za smrtni ishod (Lin et al. 2016: 1–5).

Osobe sa dijagnozom HIV-a i AIDS-a su u visokom riziku od suicida.[157] Bolest narušava fizičko zdravlje, a posledice su dalekosežne i veoma ozbiljne po mentalno zdravlje. Oboleli se suočavaju sa nizom životnih teškoća (narušene socijalne relacije, otežano fizičko funkcionisanje, finansijski problemi, društvena stigma, diskriminacija, veliko finansijsko opterećenje zbog skupih lekova i tretmana). Sve navedeno može da dovede do negativnih psiholoških odgovora kao što su zamor, beznadežnost, agitacija, izolacija. Takođe se javljaju i stid, krivica, tuga i očaj zbog ranijeg ponašanja povezanog sa upotrebom droga i/ili seksualnim ponašanjem, tako da infekcija HIV-om i razvoj AIDS-a postaju značajni rizični faktori za suicid.

I pored toga što su se poboljšale metode lečenja AIDS-a, na primer u SAD i Australiji, broj suicida među obolelima raste, jer se oboleli suočavaju sa bolnim biopsihosocijalnim promenama. Prema nalazima, oko 40% osoba ima suicidne misli, dve trećine pacijenata ima suicidne ideje, dok se među depresivnima zastupljenost suicida kreće od 10% do 15%. Oboleli muškarci vrše suicid tri puta češće u odnosu na žene. Rizik za suicid se povećava ukoliko su prisutne fizičke tegobe i druge bolesti povezane sa AIDS-om (bol, mučnina, motorni deficit, slepilo, karcinom), kao i komorbiditet tj. povezanost sa psihičkim poremećajima kao što su PTSP i depresija (Rizwan, Irshad, 2015: 1–3).

O snažnijoj diskriminaciji obolelih u odnosu na Zapadne zemlje i povezanosti sa samoubistvom ukazuju istraživači iz zemalja sa islamskom religijom (Rizwan, Irshad, 2015: 1–5). Neki islamski naučnici čak smatraju da je HIV posledica nepoštovanja religijskog učenja, a oboleli se smatraju odgovornim za svoju bolest zbog počinjenih grešaka.[158] Rezultat ovakvog

156 U pitanju je uzorak pacijenata lečenih zbog pokušaja suicida i pacijenta koji su od povreda preminuli u toku hospitalizacije, u periodu 1997–2010. na Tajvanu. U ovom periodu je zbog pokušaja suicida hospitalizovano 57.874 osobe, a od toga je njih 5.499 dva ili više puta hospitalizovano zbog pokušaja suicida, dok je podleglo povredama 2.593, i to uglavnom muškaraca. U pitanju su mlađe žene obolele od teških somatskih bolesti, sa niskim prihodima i prisustvom psihičkih poremećaja, kao i stariji muškarci sa teškim somatskim bolestima, niskim prihodima i sa čestom dijagnozom shizofrenije. Najčešći način pokušaja suicida je trovanje. U ovoj grupi ljudi česti su višestruki pokušaji suicida koji su svakako rizičan faktor za izvršenje suicida.

157 U svetu je, prema podacima iz 2013, obolelo 35 miliona ljudi. HIV/AIDS uglavnom ugrožava fizičko zdravlje ljudi, ali bitno utiče na mentalno zdravlje.

158 U zemljama sa islamskom veroispovešću važno je *časno ponašanje* koje podrazumeva seksualne odnose samo između bračnih partnera, dok se osuđuje seksualnost van braka. Zabranjuje se neverstvo, homoseksualnost i upotreba PAS. Oboleli se stoga smatraju grešnicima.

nedozvoljenog ponašanja jeste buduće življenje sa stigmom i diskriminacijom. Cela porodica obolelog se takođe diskriminiše, što predstavlja dodatni razlog za suicid.

Prema nalazima jedne studije[159] (Rizwan, Irshad, 2015: 14–15) iz Pakistana, osobe pozitivne na HIV imale su znatno više skorove na testovima rizika od suicida u odnosu na one koji su bili HIV negativni. Izraženije fizičke tegobe, uslovljene hroničnom bolešću, ali i izuzetno važni socijalni faktori (nezaposlenost, narušeni socijalni kontakti, gubitak socijalne podrške, stigma i diskriminacija) i zbog svega ovoga promenjeno mentalno zdravlje (ili postojanje nekog mentalnog oboljenja kao komorbiditetnog) dovelo je do visokog rizika za samoubistvo. Stoga se preporučuje da se u svim zdravstvenim institucijama u kojima se leče oboleli posebna pažnja posveti prepoznavanju prvih simptoma suicidnog ponašanja. Iako je ovo bitno, često je nedovoljno jer negativni socijalni stavovi prema HIV pozitivnim osobama (koji se teško menjaju) i nedovoljna institucionalna podrška, a posebno socijalnih službi, predstavljaju faktore rizika za suicid.

Poslednjih godina 20. veka sve više se govori o povezanosti shizofrenije i drugih psihoza sa fizičkim bolestima i povećanim mortalitetom. Smatra se da je fokusom na mentalno zdravlje zanemareno fizičko zdravlje obolelih, a razlog tome je što je od 1980-ih psihijatrija u mnogim zemljama izgubila holistički pristup. Postoje podaci o visokim stopama smrtnosti u ovoj populaciji. Sledeće mentalne bolesti – anoreksija nervoza, mentalna retardacija i zavisnost od supstanci najviše povećavaju rizik za morbiditet i mortalitet od fizičkih bolesti. Kod obolelih od shizofrenije[160] primećena je i velika zastupljenost fizičkih oboljenja popot kardiovaskularnih, hepatitisa i Parkinsonove bolesti. Muškarci oboleli od shizofrenije umiru 20, a žene 15 godina ranije u odnosu na ljude bez ove dijagnoze, dok dve trećine od ukupnog preuranjenog mortaliteta čine suicidi. Prisutna su sledeća fizička oboljenja – kardiovaskularna, oboljenja pluća povezana sa nikotinizmom i dijabetes tipa II (Harris i Barraclough 1998. prema Munk-Jergensen, 2010: 353–354; Leucht et al. 2007. prema Munk-Jergensen, 2010: 353; Smith et al. 2013). Postojanje fizičke bolesti pored mentalne može da bude dodatni rizik za suicid, te ove veze treba dalje ispitivati.

U studijama se ukazuje na značajnu korelaciju između hroničnih bolesti, nastanka depresije i suicida. Oko jedne četvrtine pacijenata koji pate od bolesti srca ili dijabetesa ima i depresiju. Tako je, npr. u UK, pacijentima koji imaju oboljenja srca omogućeno da uz preglede dobiju i psihološke i psihijatrijske usluge, što omogućava rani skrining depresivnih simp-

159 U pitanju je uzorak od 200 ispitanika, 100 HIV pozitivnih i 100 HIV negativnih, starosti od 20 do 50 godina, iz dva grada u Pakistanu.

160 Metaanaliza je uključila analizu 44.202 sažetaka radova.

toma i prevenciju suicidnog ponašanja. Radi se i procena rezilijentnosti[161] kod osoba obolelih od sistemskog eritemskog lupusa[162] Podaci ukazuju da su u najvećem suicidnom riziku osobe koje imaju niske skorove na skali rezilijentnosti[163] (Alderson et al. 2012: 13; Cal, Santiago, 2013: 558–559).

Multipla skleroza[164] (MS) je bolest koja takođe povećava verovatnoću za suicidno ponašanje. Prema nalazima, životni vek obolelih je od 7 do 14 godina kraći u odnosu na zdravu populaciju. Poznato je da se nemali broj obolelih od multiple skleroze odlučuje za asistirano samoubistvo – eutanaziju. Na primer, oko 6% obolelih u Holandiji umire asistiranim samoubistvom. Stope suicida su i do 7 puta veće u odnosu na opštu populaciju i suicid je treći po redu uzrok smrtnosti među obolelima. Tako je u Skandinavskim zemljama suicidno ponašanje prisutnije u duplo većem broju u odnosu na opštu populaciju, dok se oko 15% obolelih bar jednom u toku života samopovređivalo (Strupp, 2016: 523).

Ranije studije koje su se bavile ispitivanjem fizičkih, psihičkih i socijalnih varijabli na suicidno ponašanje obolelih od MS ukazuju na visoku povezanost između straha od prerane smrti i beznađa, nereligioznosti i slabe porodične podrške sa suicidnim ponašanjem. Nije nađena značajna povezanost sa starošću, polom i rasom. Zato su se kao važni protektivni faktori izdvojili, pre svega, porodična podrška, nešto manje podrška prijatelja, ali se ukazuje i na važnost različitih udruženja za multiplu sklerozu (Long, Miller, 1991; Nylev Stenager et al. 2011: 1265–1266). Slično prethodnoj, u drugoj studiji su oboleli od MS u povećanom riziku za suicidno ponašanje, zavisno od stepena do koga oboljenje utiče na: organizaciju njihovog slobodnog vremena, nastanak depresije i osećanje socijalne is-

161 Pozitivno reagovanje pri suočavanju sa negativnim životnim situacijama (teške bolesti, gubici) uz mogućnost oporavka i održavanja dobrog fizičkog i psihičkog zdravlja. Uz lične kapacitete za suočavanje sa hroničnim stresom, pod zaštitnim faktorima se podrazumeva sposobnost uspostavljanja socijalnih interakcija i sposobnost da se primi i iskoristi podrška drugih. Znači, važne za rezilijentnost su: pozitivne emocije, optimizam, ekstrovertnost, povećanje efikasnosti, fizičke aktivnosti i snalaženja i prihvatanja socijalne podrške (Girtler et al. 2010; Feder, Nestler, Charney, 2009. prema Cal, Santiago, 2013: 562).

162 Sistemski eritemski lupus je autoimuna bolest čije su glavne karakteristike prisustvo autoantitela koja mogu da oštete tkivo. Može da dođe do oštećenja većeg broja organa, a najčešće: kože, zglobova, bubrega, CNS-a. Žene oboljevaju od 4 do 10 puta češće od muškaraca, a najčešće u starosnoj dobi od 15 do 40 godina (http://www.stetoskop.info/Sistemski-eritemski-lupus-666-s2-sickness.htm).

163 U riziku za suicid bilo je 35% ispitanica (prosečne starosti 37,35 godina), a u visokom riziku 13%. Nađen je takođe komorbiditet sa depresijom. Ispitanice starije od 35 godina imale su više skorove rezilijentnosti.

164 Multipla skleroza je bolest mozga (CNS) koja dovodi do fizičkih i kognitivnih oštećenja. I pored lekova koji utiču na usporavanje progresije bolesti, za sada je neizlečiva.

ključenosti. Protektivni faktori su produktivnost, duhovnost i religioznost (Strupp et al. 2016: 524–526).[165]

Za razliku od prethodnih istraživanja, u Finskoj je u periodu 1964–1993. nađena nešto viša stopa suicida kod obolelih od MS, ali ne značajno u odnosu na opštu populaciju.[166] Zato je smrtnost od drugih bolesti, kao što su: grip, pneumonija, gastrointestilni problemi, tri puta veća u odnosu na opštu populaciju, i to 1,5 puta veća među ženama u odnosu na muškarce (Sumelahti et al. 2010: 1439–1440).

Smatra se da i do 50% obolelih od MS ima depresiju, a poznata je njena povezanost sa suicidnim ponašanjem. Pacijenti često ukazuju na smanjen kvalitet života, koji je jedan od najsnažnijih faktora za nastanak depresivnog poremećaja. U praksi se dešava da se depresivni poremećaj ne primeti ili zanemari u odnosu na lečenje MS.[167] Zato je Nacionalno udruženje za multiplu sklerozu u SAD preporučilo kombinaciju različitih tretmana u integrativni – biopsihosocijalni model (Feinstein, 2011: 1276–1278).

165 Istraživanje je rađeno u Kelnu (Nemačka). Upitnik je kompletno popunilo 573 ispitanika koji su sebe procenili teško obolelim od MS.

166 U pitanju je uzorak od 1.595 pacijenata sa dijagnozom multiple skleroze. Finska inače ima visoku prevalencu ove bolesti, čak i do 200 na 100.000 u Zapadnoj Finskoj.

167 U Kanadi je nađeno da je najveći rizik za suicid u prvih pet godina od trenutka dijagnostikovanja MS, i više među muškarcima, što se povezuje i sa neprepoznatom i nelečenom depresijom.

6. Uticaj medija na suicidno ponašanje

6.1 Internet, društvene mreže i samoubistvo

Društveni mediji (mreže) su relativno nov fenomen koji omogućava trenutnu razmenu informacija i socijalnu interakciju putem interneta, kreiranu i kontrolisanu od strane pojedinaca, grupa, organizacija i vlada.[168] Postali su fundamentalni način u organizaciji komunikacije, podeli mišljenja, ideja i informacija za većinu ljudi. Njihova upotreba se naglo širi. Tako je npr. 2004. bilo milion korisnika *Facebook* mreže u svetu, a 2011. 700 miliona. Stoga i ne čudi što je uticaj društvenih medija na suicidno ponašanje tema koja sve više privlači pažnju istraživača (Luxton, June, Fairall, 2012: 195).[169]

Internet se smatra izvorom velikog broja informacija, ali je neregulisan po pitanju slobode izražavanja i kvaliteta dostupnih informacija. Stoga se različiti tekstovi, različitog kvaliteta mogu naći na internetu. Mali broj ljudi proverava tekstove koristeći stručne knjige i časopise.[170] Na primer,

---

168 U platforme društvenih medija spadaju: sobe za ćaskanje i blog veb stranice (*chat rooms, blogging websites*), video sajtovi (*YouTube*), socijalne mreže (*Facebook, Myspace, Twitter, Google+*), elektronski bilten, forumi, imejl, *video chat* itd.

169 Najraniji dokazi o uticaju medija na samoubistvo vezuju se za Geteovu knjigu „Jadi mladog Vertera" objavljenu 1774. godine, u kojoj je mladić izvršio suicid vatrenim oružjem zbog neostvarene ljubavi. Posle objavljivanja knjige bilo je više samoubistava širom Evrope. Osobe koje su izvršile suicid bile su obučene slično kao Verter i na isti način izvršile suicid. Knjiga je zabranjena posle ovih događaja (WHO, 2008: 13).

170 Tako u Severnoj Americi 74% ljudi koristi internet, a procenat se stalno povećava (Fiedorowicz, Chigurupati, 2009: 2).

kada se na Guglu ukucavala reč *suicide* (prema pretrazi iz 2013) dobijalo se 135 miliona rezultata, a na *Yahoo* 281 milion.[171] Prema nalazima, prve stranice su fokusirane na prevenciju suicida, ali posle toga ima drugih na kojima se govori o prvih 10 metoda izvršenja suicida, kao i o efektivnosti i posledicama neuspešnog suicida, sa upozorenjem da stranice sadrže slike i sadržaje za odrasle. Upravo su ovakvi sadržaji veoma rizični za osobe koje imaju suicidne ideje i koje vrlo često traže pomoć preko interneta (Merrick, Shahtahmasebi 2013: 58–59).

Određene grupe mogu da budu vulnerabilnije na uticaj interneta i stoga imaju veće šanse da pokušaju i počine suicid. To su adolescenti, mladi, osobe koje boluju od mentalnih bolesti i imaju suicidne ideje, i muškarci. Mladi imaju veće šanse da se susretnu sa interaktivnim i neinteraktivnim veb stranicama i sadržajima povezanim sa suicidom. Osim toga, osobe koje pate od mentalnih bolesti češće koriste internet sa namerom da dobiju ideje o načinu suicida. Zato je danas aktuelna debata na temu da li internet promoviše suicid ili ga sprečava. Ima nalaza o povezanosti između sadržaja na internetu i suicidnog ponašanja, mada je potrebno obimnije proučavanje ove teme.

Sadržaji na internetu u vezi sa suicidom mogu da se podele na dve vrste sajtova – onih koji pokušavaju da spreče samoubistvo i onih koji bi mogli, namerno ili nenamerno, da ga promovišu i ohrabre. Smatra se da ima više sajtova koji promovišu samoubistvo. Prema jednoj od klasifikacija na veb sajtovima (neinteraktivnim i interaktivnim) koji promovišu suicid nalaze se: metode za činjenje suicida,[172] veličanje ovog čina, potom čet sobe (*chat rooms*) u kojima se diskutuje o metodama suicida i formiranju *suicidnih paktova*,[173] savetovanja psihijatrijskim bolesnicima da ne koriste lekove i ne traže medicinsku pomoć,[174] i mogućnost nabavljanja potencijalno opasnih supstanci (npr. lekovi koji se ne nalaze u prodaji). Ovakve informacije, posebno među vulnerabilnim osobama, utiču na brže donošenje odluke, pravljenje plana o samoubistvu i na kraju i do izvršenja

171 Ako poredimo sa akademskim bazama, kao što je *Medline*, dobijamo 60.320 rezultata, a na Gugl akademiku (*Google Scholar*) 1.640.000 (Merrick, Shahtahmasebi, 2013: 59).

172 Detaljno su opisane metode za činjenje samoubistva. U pitanju su: vešanje, predoziranje lekovima, trovanje ugljen-monoksidom, samoubistvo električnim šokom i korišćenjem oružja.

173 Paktovi za suicid su, u stvari, dogovori između dve ili više osoba da počine suicid. Čine manje od 1% od ukupnog broja samoubistava. Internet ima veće šanse da utiče na ovakva samoubistva u odnosu na druge vrste komunikacije, jer omogućava dogovore između nepoznatih ljudi. Ranije su *suicidni paktovi* postojali između bliskih ljudi: članova porodice, prijatelja, ljubavnika.

174 Mnogi od sajtova koji se protive lečenju mentalnih bolesti uzimanjem medikamenata mogu da budu povezani sa nekom organizacijom, kao npr. crkvom sajentologa. Takvi sajtovi često prikazuju suicid kao ljudsko pravo i na etički način ga ohrabruju.

(Fiedorowicz, Chigurupati, 2009: 1–6). Medijska izveštavanja o samoubistvima poznatih ličnosti takođe se smatraju potencijalnom promocijom suicida. Posebno je rizično ukoliko se samoubistvo prikazuje kao intelektualni, romantični ili herojski čin. Istraživanja ukazuju na moguće posledice po adolescente i druge vulnerabilne osobe koje bi mogle da imitiraju način samoubistva neke poznate ličnosti, pa je zato odgovorno medijsko izveštavanje prevencija suicidnog ponašanja.

S druge strane, internet može imati značajnu ulogu u prevenciji suicida ukoliko se koriste, npr. veb sajtovi koji edukuju o mentalnim bolestima i ohrabruju ljude da potraže pomoć. Jako je važno rano prepoznavanje simptoma depresije i drugih mentalnih bolesti, kao i postojanja želje i potrebe za lečenjem. Sadržaji veb sajtova posvećeni prevenciji mogu da budu fokusirani na edukaciju, davanje saveta, usmeravanje osoba da se leče, potraže psihoterapijsku pomoć, ali i slušanja i stvaranja mreže podrške. S obzirom da ljudi koji imaju psihičke probleme češće koriste internet, nego što se obraćaju lekarima za pomoć, a zbog snažne društvene stigme, sadržaji na internetu treba da budu stručni i pruže adekvatnu pomoć. Zato je važan način pretraživanja.

Dalje u tekstu biće navedena istraživanja u različitim zemljama o povezanosti između suicida poznatih osoba, načina izveštavanja u medijima i povećanja broja suicida.

6.2 Izveštavanje u medijima i imitacija samoubistva

Istraživanje o povezanosti izveštavanja u štampanim i elektronskim medijima sa samoubistvom (u periodu 1997–2005) koje je rađeno u Japanu nalazi da je broj novinskih članaka o suicidu povezan ili može da utiče na predviđanje samoubistva i kod muškaraca i kod žena. Primer su samoubistva poznatih. Jedan od primera je samoubistvo mlade pevačice koja je imala fanove među adolescentima, te je u naredna 4 dana primećen porast suicida među devojčicama uzrasta od 10 do 14 godina (Hagihara, Abe, 2009: 296). Kvantitativna i kvalitativna analiza tekstova u novinama nakon dva izvršena suicida (glumica i političar) u Koreji, gde je samoubistvo veliki javno-zdravstveni problem, ukazuju na povećanje broja suicida u prvih nedelju dana nakon ovog čina. Izveštavanje je sadržalo detaljne opise mesta i načina samoubistva, uz fotografije preminulih, i to često na naslovnim stranama. Tako se povećao broj osoba (oba pola) koje su izvršile suicid na isti način kao dvoje poznatih (vešanjem i skakanjem). Duplo se povećao broj žena koje su izvršile suicid posle smrti glumice (članci u novinama su se bavili njenim privatnim životom, problemima, razvodom,

a opisivana je kao osoba koja se trudila da bude jaka i nezavisna majka). Izvršen je veći broj suicida (imitacijom) posle smrti glumice u odnosu na političara, što autori objašnjavaju većom emocionalnom vezanošću javnosti za glumicu, ali i većim brojem tekstova u novinama u dužem vremenskom periodu nakon njene smrti (Kim et al. 2013: 1–6).

Istraživanje medijskog izveštavanja o suicidu u periodu 2003–2010. za sve izvršene suicide (31.364), rađeno na Tajvanu, ukazuje na povezanost između izveštavanja o suicidu, i to posebno poznatih ličnosti, sa povećanim brojem suicida (imitacijom). Najveći broj suicida imitacijom dostiže se obično mesec dana od dana suicida slavne osobe i češće u urbanim nego u ruralnim oblastima. Pretpostavlja se da je u urbanim sredinama prisutna veća izloženost medijima i informacijama preko interneta. Preporučuje se izbegavanje iznošenja detalja o samoubistvu i pridržavanje etičkog kodeksa pri izveštavanju (Yang et al. 2013: 431–434).

Primer uticaja elektronskih medija na samoubistvo mladih nađeno je u Južnom Velsu.[175] U periodu 2007–2008. broj suicida mladih muškaraca se znatno povećao i stopa je iznosila 44, dok je opšta stopa u Velsu tada bila 19. Većina mladih koji su izvršili suicid provodila je dosta vremena na društvenim mrežama, na sajtovima koji diskutuju o suicidu, te se može govoriti o *zarazi samoubistvom* među adolescentima. Posle ovih događaja preduzeto je više mera koje su uključile organizaciju različitih tretmana u zajednici, i to dostupnih 24 časa, u cilju emocionalne podrške mladima i mogućnosti da diskutuju sa roditeljima i prijateljima o svojim problemima i potrebama, a to su: savetovališta za mlade, psihoterapijski rad, porodična terapija, multidisciplinarni timovi za krizna stanja, intervencije u kućnim uslovima. Izloženost suicidnim sadržajima na televiziji, prema drugom istraživanju, uticala je na mlade, a posebno one koji zloupotrebljavaju supstance i koji su depresivni, da pokušaju suicid (Williams, 2011: 34–35; Martin, 1996. prema Williams, 2011: 35).

Prema istraživanju u SAD, nađeno je da je tekst koji je prekršio smernice o poštovanju odgovornog izveštavanja u medijima uticao na raspoloženje mladih (uzorak od 273 studenta), kao i tekst koji je govorio o smrti od karcinoma. Za razliku od prethodnih, tekst iz koga su izbačeni delovi kojima su prekršene smernice odgovornog izveštavanja znatno je manje uznemirio ispitanike (Anestis et al. 2015: 1031). Poštovanje smernica o odgovornom izveštavanju novinara u Austriji dovelo je do smanjenja broja samoubistava u bečkom metrou. Novije studije ističu da ožalošćeni takođe očekuju od medija da tačno izveštavaju i da iznose istinite podatke, te da to bude sa više brige i pažnje (Etzersdorfer et al. 1992; Chapple, 2013. prema Erlangsen, 2013: 316).

175 U pitanju je grad Bridgend.

Postoje dokazi da su medijska izveštavanja povezana sa suicidnim ponašanjem. Prema izveštaju SZO, pregledano je preko 50 studija koje ovo dokazuju. Imitacija se najčešće dešava kada je osoba koja je izvršila suicid slična osobi koja to čini imitacijom i kada je poznata u javnosti i slavna. Najčešće se dešava u prva tri dana po objavljivanju, pa do 15 dana, ali može se produžiti i do 30. Posebno opasnim se smatra detaljno opisivanje načina samoubistva, opisivanje samoubistva kao načina suočavanja sa problemima ili isticanje jednog događaja kao razloga za suicid (WHO, 2008: 6).

Zbog svega ovoga, preporuke o medijskom izveštavanju su veoma važan deo strategija za prevenciju suicida. Zato su Svetska zdravstvena organizacija i nevladine organizacije za prevenciju suicida dale konkretne predloge i detaljne propozicije o načinu izveštavanja o suicidu u medijima. Preporuke o odgovornom medijskom izveštavanju prihvaćene su u mnogim zemljama i podrazumevaju *saznavanje bez rizika i štete* uz poštovanje etičkog kodeksa. Nažalost, prema izveštaju UN,[176] od 74 zemlje u kojima je vršeno istraživanje, samo 38% ima nacionalne programe prevencije suicida, 38% medijske preporuke i 25% kodeks u štampanim medijima i etičke kodekse pri izveštavanju o suicidnom ponašanju. Samo 12 zemalja od 74 ima preporuke prevedene na maternji jezik.

Smatra se da novinari treba da koriste kratka i jasna uputstva za odgovorno izveštavanje. To podrazumeva sledeće postupke koji bi mogli da spreče imitaciju: ne pominjati imena i osobine osoba koje su izvršile suicid; ne prikazivati fotografije; ne upućivati na onlajn suicidne forume; ne pominjati suicidne paktove; ne pominjati suicide koji su se događali u skorije vreme pre trenutnog; ne ukazivati na *vruće tačke* – mesta u kojima su česti suicidi; ne govoriti o pozitivnim efektima samoubilačkog ponašanja. Ovakvo izveštavanje treba da bude prihvaćeno ne samo u štampanim već u svim drugim medijima – televiziji, radiju, na internetu. Posebno se ukazuje na značaj „novih medija" koje u najvećem broju koriste mladi, koji se smatraju vulnerabilnom grupom za suicidno ponašanje. Zato agencije za praćenje medija treba da obrate posebnu pažnju na izveštavanje o suicidu (Maloney et al. 2013: 314–315).

176 UN ima 193 zemalja članica.

7. Psihološke teorije i istraživanja o samoubistvu

U ovom delu studije biće ukratko predstavljene osnovne ideje i koncepti iz nekoliko psiholoških teorija, kao i njihova povezanost sa samoubistvom. U pitanju su – psihoanalitička, teorija o samoubistvu kao *begu*, stres-dijateza teorija, teorija o učenju, kognitivno-bihevioralna, transakciona, interpersonalna i teorija o stilovima privrženosti. Biće takođe reči o crtama ličnosti (ljutnja i bes, impulsivnost, agresivnost, usamljenost, beznađe, samoprezir i narcisoidnost) koje se mogu povezati sa suicidnim ponašanjem.

7.1 Psihoanalitička razmatranja agresivnog nagona i samoubistvo

Prva psihološka tumačenja samoubistva vezuju se za psihoanalizu i Frojdovu (Freud) koncepciju o nagonima[177] (života – Erosa,[178] i smrti – Tanatosa), da bi vremenom povezanost suicida sa Tanatosom (nagonom

177 Frojdovo interesovanje za nagone bilo je u jednom periodu vezano za etiologiju neuroza, a kasnije za nagone samoodržanja. U literaturi se pominju i kao instikt smrti i instikt života (Kulenović, 1989: 493). Inače, u psihoanalizi nije postojala posebna teorija o samoubistvu, nego su se razmatranja o samoubistvu oslanjala na opšte teorijske pretpostavke (Džamonja Ignjatović, 1993: 13).

178 Koncept libida se smatra jednim od najvažnijih principa klasične psihoanalize i označava energiju seksulanog nagona i pokretačku snagu ličnosti. Energija libida se organizuje prema stepenima psihoseksualnog razvoja (oralni, anlani, falusni, period latencije, genitalni). Prema Frojdu su nesvesne seksualne želje odraslih osoba, ispolje-

smrti) bila napuštena i razmatrana u vezi sa agresivnim nagonom okrenutim ka sebi. Iako većina psihoanalitičara nije prihvatila koncept o nagonu smrti, ideja o ulozi agresivnog nagona i okretanja agresije ka unutra u objašnjenju dinamike depresije i autodestruktivnog ponašanja ostala je aktuelna do danas (Džamonja Ignjatović, 1993: 13).

Međutim, Meninger je primenio koncept o nagonu smrti za objašnjenje različitih samodestruktivnih ponašanja, kao što su samopovređivanja, alkoholizam, narkomanija, psihoze i antisocijalno ponašanje (Popović, Jerotić, 1985). Takođe je uveo pojmove hroničnog i parcijalnog samoubistva i ukazao da u ovom činu postoje: „želja da se ubije", „želja da se bude ubijen", „želja za smrću". Zilborg dopunjava ovu pretpostavku tvrdnjom da je u svakom samoubistvu prisutna nesvesna hostilnost i nedostatak sposobnosti za ljubav (Kapamadžija i sarad. 1990: 23).

Melani Klajn[179] (Melanie Klein) je prihvatila Frojdovo shvatanje nagona (života i smrti) i istakla važnost agresije kao ispoljavanja nagona smrti. Smatrala je, takođe, da su nagoni nesvesni,[180] a za razliku od Frojdove koncepcije, da Ego postoji od rođenja, te se u Egu doživljava strah koji predstavlja ispoljavanje nagona smrti. Klajn navodi oralni sadizam ili oralnu agresiju kao prvo ispoljavanje nagona smrti, a prvi objekat u koji se ulažu i libido i agresija je majčina dojka. Psihoseksualni razvoj, prema autorki, odvija se kroz dve važne pozicije – paranoidnu-shizoidnu i depresivnu (Erić, 1987: 62–63). Inače, Klajn je među utemeljivačima teorije objektnih odnosa (uz Vinikota, Ferbrena i Gantripa). U nesvesnom se, prema Melani Klajn, nalazi niz dobrih i loših objekata, te od njihovog broja, interakcije i *borbe* zavisi mentalno zdravlje, raspoloženje, kreativnost... (Kristeva, 2004. prema Dimitrijević, 2018: 186). Anksioznost, bes, otpor u terapiji i negativna terapijska reakcija su posledice delovanja nagona smrti, pa su interpretacije u toku terapije borba protiv nagona smrti, jer mogu da povežu ono što je nagon *razdvojio* (produkte fantazije, simbolizovana ispoljavanja seksualnosti) (Dimitrijević, 2018: 189).

---

ne kroz neurotske poremećaje, direktno povezane sa razvojem (psihoseksualnim) u prvih 5 godina života (Erić, 2011: 83–85).

179 Melani Klajn se bavila dečjom analizom, i koristila igru umesto slobodnih asocijacija, a dečiju igru, crtanje, vajanje plastelinom, analizirala je kao ispoljavanje nesvesnih sadržaja – agresivnosti, anksioznosti… Klajn je analizirala i decu i odrasle, ali je često primenjivala zaključke do kojih je došla u radu sa decom (Dimitrijević, 2018: 184).

180 Borba između dva nagona traje tokom celog života i *unutrašnji rad nagona smrti* je direktno povezan sa nagonom života. Zato se izvor anksioznosti, zbog stalne borbe između ova dva nagona, ne može eliminisati. U kliničkoj praksi je primećeno da su pacijenti koji imaju strah od smrti (zbog stalnog prisustva *unutrašnje smrti*) na specifičan način „nefunkcionalni i zaglavljeni u životu", te da teško ili uopšte uspostavljaju „kompleksne i duboke odnose". Prihvatanje rada nagona smrti ili sopstvene destrukcije pomaže da se u starosti lakše prihvati smrt (Despotović, 2008: 104–105).

U teoriji objektnih odnosa, zbog identifikacije Ega sa libidinozno ili agresivno investiranim objektom, autodestrukcija je shvaćena kao uništenje pounutrenog objekta sa kojim mogu biti uspostavljeni različiti odnosi: osveta zbog napuštanja, kontrola do uništenja ili kažnjavanje sebe zbog agresije prema voljenom objektu i osećanje krivice (Džamonja Ignjatović, 1993: 13). U stvari, objašnjenje suicidnog ponašanja agresivnim nagonom ukazuje da se agresija okreće prema sebi jer se osoba koja to čini poistovećuje sa „lošim objektom" ljubavi. Dakle, introjektovan objekat je fiksiran za ranija neprijateljska osećanja koja su uslovljena realnim doživljajem ili fantazijom odbačenosti. Stoga je agresija usmerena prema pounutrenom voljenom objektu koji može ponovo da odbaci ili napusti (Opalić, 1990: 138). Samoubistvo može da bude povezano sa očajanjem, ali i sa sadomazohističkim načinom ponašanja prema objektima (Erić, 2011: 94).

Za samoubistvo je važna uloga strogog Superega[181] i njegova povezanost sa krivicom[182] i samokažnjavanjem. Superego agresivne tendencije usmerene „ka spolja" *okreće* „ka unutra", kažnjavajući Ego ili samog sebe zato što je prestrog (Džamonja Ignjatović, 1993: 13). Okretanje „ka spolja" je okretanje agresije ka drugima, može da znači i ubistvo, a okretanje „ka sebi" može da znači samopovređivanje ili samoubistvo. Inače, Frojd je do saznanja o okretanju agresije prema sebi došao proučavajući melanholiju i mržnju, te je vrhunac mržnje shvaćen kao samoubistvo[183] (Kapamadžija i sarad. 1990: 26).

7.2 Teorije o samoubistvu kao „begu"

Jedna od najpoznatijih teorija o samoubistvu kao begu od psihološkog bola (*psychache*) je teorija Edvina Šnajdmana (Edwin Shneidman).

181 Frojd je napustio topografsku teoriju ličnosti o tri sloja – nesvesnom, predsvesnom i svesnom, koju je postavio 1894. (Popović, Jerotić, 1985). Tako se od klasične psihoanalitičke teorije *okrenuo* ka strukturalnom modelu selfa koji se sastoji od Ida, Ega i Superega. Id je nagonski deo ličnosti čiji je sadržaj nesvestan i uglavnom potisnut i koji vrši pritisak za oslobađanjem po principu trenutnog zadovoljenja potreba i zadovoljstva. Ego je svestan i racionalan deo ličnosti, važan za razumevanje, osećanja i izbore. Ego funkcioniše po principu *mirenja* primitivnih zahteva Ida i moralnih zabrana Superega. Superego je deo Ega koji se vezuje za svesnost i prolazi kroz različite faze razvoja, i to od formiranja, kada se manje ili više razreši Edipov kompleks kod dečaka i devojčica, pa do uticaja kulturnih i socijalnih činilaca. Ipak, pounutrene roditeljske zabrane uvek su prisutne u Superegu. Snažan Ego je povezan sa dobrom kontrolom impulsa i mogućnošću tolerisanja anksioznosti i bola (Erić, 2011: 82–83).

182 Frojd je tvrdio da „postojanje nagona života i smrti i svesnost o njima u obliku ambivalencije, produkuju fatalno i neizbežno osećanje krivice" (Despotović, 2008: 104).

183 Dakle, pojednostavljeno, to bi značilo da je samoubistvo neprijateljstvo prema sebi, ali do njega ne bi došlo da nije prethodno postojala želja da se ubije druga osoba, pa se samoubistvo vidi i kao *inverzno ubistvo*.

Šnajdman definiše psihološki bol kao bol koji povređuje osobu kao ljudsko biće. To je stanje mentalne povređenosti i mentalne patnje. Bol nastaje zbog: snažnog osećanja sramote, krivice, usamljenosti, gubitka, tuge, straha od starenja i smrti (Shneidman, 1996. prema Gunn, 2014: 14).

Psihološki bol je uslovljen nezadovoljenjem vitalnih potreba, a pojačavaju ga spoljni i unutrašnji pritisci i promene, tj. oni koji dolaze iz okruženja i društva, kao i iz same ličnosti. Ovakvo stanje zahteva rešenje. Međutim, jedan broj ljudi ga ne nalazi, te je za njih psihološki bol „gori" od fizičkog, *ne mogu* da ga izbegnu, osećaju se *zaglavljeno*, bez alternative. Kada bol dostigne visok nivo, uz osećanje beznađa i neuključivanje u terapiju (psihoterapiju, medikamentoznu...), može da se javi suicidno ponašanje. U stvari, izlaganje snažnom psihološkom bolu dovodi do kognitivnog deficita i fokusiranja samo na jedno rešenje – beg u suicid (suicid postaje rešenje). Na kraju, samoubistvo može da pokuša i izvrši osoba koja oseća snažan psihološki bol pojačan socijalnim i mentalnim promenama.

Jan Bečler (Jean Baechler, 1975) takođe govori o samoubistvu kao begu. U svojoj tipologiji samoubistva navodi četiri vrste: *agresivno samoubistvo*, *samoubistvo psihotičnih*, *žrtveno samoubistvo* i *samoubistvo kao beg*. Samoubistvo kao beg je način da se „reši" teška životna situacija (teška bolest, nezaposlenost i finansijski problemi, osećanje tereta za porodicu...), da se „prekine igra". Pojedinac donosi odluku da iz nepodnošljive životne situacije *odleti* u suicid, a razlog mogu biti tuga ili kazna. Samoubistvo motivisano tugom može da bude uzrokovano različitim vrstama gubitaka, na primer: značajnih objekata (najčešće je to partner), potom integriteta, fizičkog ili intelektualnog (često prisutno kod starijih osoba), samoubistvo zbog socijalnih faktora, najčešće gubitka socijalnog statusa i bankrotstva. Dalje, postoji gubitak vere u nekoga/nešto i osećanje da je osoba izdana, prevarena, gubitak časti (primer japanskih samuraja), gubitak nezavisnosti i slobode, smrt lidera i imitacija (Scocco, Toffol, 2012: 11–12; Gann, 2014).

U grupu samoubistva kao bega, Bečler ubraja i *samoubistvo kao kaznu* za nešto što je zaista učinjeno ili izmaštano, i *samoubistvo kao napad*. U prvom slučaju je u pitanju samoubistvo zbog stida od neuspeha, krivice zbog određenog događaja, sramote zbog događaja koji je poznat i drugima, koji se distanciraju od te osobe. *Samoubistvo kao napad* je samoubistvo koje se izvršava po nalogu političkih moćnika (primer – stari Rim, samoubistva rimskih senatora). Korišćenjem Bečelerove tipologije, prema jednom istraživanju u SAD, preko 60% suicida moglo bi se svrstati u kategoriju samoubistva kao bega (Gann, 2014).

Baumajster (Baumeister, 1990) vidi samoubistvo kao eskalaciju želje za bežanjem od svesti o postojanju aktuelnih životnih problema i njihovom uticaju na self. U teoriji o samoubistvu iznosi 6 glavnih principa ili

faza u kojima može da se dogodi suicid. Polazi se od nemogućnosti postizanja visoko postavljenih standarda i nerealnih, previsokih očekivanja, ali i niza loših događaja, a potom viđenja sebe kao osobe koja pravi greške i ima loše osobine (ovakvi negativni atributi su stabilni i značajni za pojedinca). Treći princip je povezan sa prvim. Uključuje visoku svesnost o sebi u odnosu na nerealno postavljene standarde i očekivanja zbog kojih osoba sebe vidi kao nesposobnu, krivu, neprivlačnu, neadekvatnu. Negativna slika o sebi dovodi do krivice, depresije i anksioznosti, što može da povećava spremnost na suicidno ponašanje. Ipak, ukoliko osoba uspe da poveže krivicu za određene događaje sa spoljnim (koji dolaze iz porodice i društva), a ne unutrašnjim faktorima, do suicida neće doći (Gunn, 2014: 11–13).

U istraživanjima je nađena povezanost između realnog ili psihološkog gubitka i osećanja beznađa sa različitim psihičkim poremećajima – zloupotrebom alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, poremećajima ishrane, kao i suicidnim ponašanjem. Na primer, smrt bliske osobe može da izazove težak bol – „bol izazvan traumom", različit od *uobičajene* tuge. Treba posebno obratiti pažnju na žalost nakon nasilnih smrti (ubistvo, samoubistvo) bliskih osoba koje često dovodi do komplikovane tuge, a može uzrokovati i krivicu, stid i stigmu.[184]

Ipak, novija istraživanja su pokazala da se komplikovana tuga javlja i kod osoba koje su doživele gubitak bliskih ljudi na drugi način, a tuga je povezana sa starošću preminulog, srodstvom sa preminulim, kvalitetom ranijeg međusobnog odnosa, stavom prema gubitku, kao i polom i kulturom ožalošćenih. Ono što predstavlja razliku je stigmatizacija članova porodice čiji je član izvršio suicid, a koja pogoršava stanje tugovanja. Pod visokim rizikom se smatraju roditelji koji su imali loš odnos sa decom koja su izvršila suicid, a sada imaju doživljaj nedostatka podrške u tugovanju. Kvalitativne studije opisuju emotivna iskustva članova porodica i prijatelja kao što su: šok, neverica, užas, krivica i stid, ljutnja, odbacivanje, stigma, izolacija, suicidne misli, uzaludnost daljeg življenja. Ipak, porodice različito reaguju na suicid svog člana. Za neke je to način rešavanja problema, a za neke katastrofa (Wilcox et al. 2012: 145).

Ukoliko su se porodice dugo suočavale sa depresijom i suicidnim mislima ili pokušajima suicida svog člana, ovakav čin može biti shvaćen kao olakšanje ili kao ishod pogoršanja mentalne bolesti, te se pokojnik na taj način oslobodio stresa. Ovakvo prihvatanje suicida izaziva manje navedenih emocija u odnosu na druge porodice koje suicid smatraju katastrofom. To su porodice koje su smatrane funkcionalnim i za koje je ovakav čin sasvim neočekivan. Govori se i o ljutnji posle suicida člana porodi-

184 Rani gubitak roditelja i dug prekid porodičnog života takođe povećava mogućnost za javljanje suicidnih ideja i ponašanja u populaciji mladih.

ce, kada ožalošćeni može da se ljuti zbog nanetog bola, posebno ako je okrivljen za ovakvo ponašanje ili je nudio pomoć i bio odbijen. Ljutnja može da bude usmerena ka bogu, terapeutu, medijima koji senzacionalistički objavljuju takve vesti. Može se javiti i bes kod ožalošćenog (često partnera) zbog toga što je ostavljen da sam snosi odgovornost za porodicu (Goldney, 2008: 79–80).

Dalje, istraživanja ukazuju na značaj promene uloga, do kojih dovode važni događaji kako pozitivni tako i negativni (penzionisanje, završetak fakulteta, napredak u karijeri, dijagnostikovanje bolesti, preseljenje...). Gubitak uloge se prevazilazi nalaženjem novih uloga, ali ukoliko do toga ne dođe, uz postojanje, npr. somatske bolesti, problema u interpersonalnim odnosima, starenja, može doći do suicidnog ponašanja. Određeni životni događaji (tranzicija uloga), kao što su: separacija, ozbiljni porodični problemi, nezaposlenost, promena mesta boravka, predstavljaju rizične faktore za suicid kod mlađih, dok se za osobe koje pripadaju srednjoj generaciji i starije suicidno ponašanje povezuje sa somatskim bolestima, promenom ili gubitkom posla, penzionisanjem, smrću supružnika i preuzimanjem brige oko starih roditelja.

Svi navedeni faktori mogu uzrokovati gubitak ličnog identiteta, kao i gubitak kulturnog identiteta, posebno kada je u pitanju migracija (Scocco, Toffol, 2012: 12–13). Nađeno je da na suicidno ponašanje migranata utiču individualni i faktori iz okruženja, kao što su: rasizam, stres uzrokovan socioekonomskom tranzicijom, gubitak veze sa religijskom zajednicom, gubitak porodične podrške i teškoće u formiranju novog kulturnog identiteta. U istraživanjima je primećeno češće suicidno ponašanje kod migranata i etnički manjinskih grupa, posebno prisutno u drugoj generaciji (Rubenowitz, et al., 2001; Duberstein, et al. 2004; Heikkinen, et al. 1995; McKenzie, et al. 2003. prema Scocco, Toffol, 2012: 12–13).

7.3 Stres-dijateza teorije o suicidu

Stres-dijateza teorija ukazuje na značaj povezanosti stresa i vulnerabilnosti za suicidno ponašanje. Dijateza se definiše kao dugogodišnja vulnerabilnost ili ranjivost pojedinca koja utiče na *izbor* suicidnog ponašanja (Gunn, Lester, 2014: 72). Osobe koje počine suicid imale su određene predispozicije za takvo ponašanje, dok su stresori *pojačivači* predispozicija. Dijateza utiče na pojedinca da snažnije doživi stres u odnosu na druge ljude, kao što i stresovi utiču na dijatezu (na serotonergički sistem). U ovim teorijama fokus je na faktorima koji „ubrzavaju“ suicid ili na tajmingu su-

icida. Stres dolazi iz okruženja (traumatski događaj), a može biti uzrokovan i, na primer, trenutnom promenom psihičkog stanja.[185]

Individue su vulnerabilne na različite stresogene životne događaje,[186] kao što različiti faktori mogu uticati na vulnerabilnost. Tako i autori stres-dijateza teorija[187] uključuju različite faktore nastanka ranjivosti, kao što su: loša psihosocijalna podrška u detinjstvu, genetska predispozicija, crte ličnosti, porodični faktori, zloupotreba supstanci, psihijatrijski poremećaji, socijalna izolovanost, diskriminacija, ratne traume, traume povezane sa nasiljem, traume uzrokovane elementarnim nepogodama (zemljotresi, poplave, uragani)... Rane traume (iz detinjstva), kao što su fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje, Mann (2003) svrstava u distalne stresore (Mann et al. 1999, 2003; Wasserman, 2001. prema Gunn, Lester, 2014: 77–78).

Govori se i o različitim stilovima suočavanja sa stresom: *reakcija borbe i bega*, gde se izvor stresa napada ili se od njega beži; *reakcija brige i prijateljstva*, u kojoj se osmišljava način lične zaštite i zaštite potomstva i stvaranje socijalnih mreža za pružanje zaštite. Prvi stil je uglavnom više prisutan u muškoj, a drugi u ženskoj populaciji. Različiti tipovi ličnosti različito reaguju na stres. Tip ličnosti A opisan je kao nestrpljiv, agresivan, neprijateljskog raspoloženja, sklon kontroli i kompetitivnom ponašanju. Tip B je opisan kao strpljiv, opušten, bez sklonosti kompetitivnom ponašanju. Prvi tip se agresivno suočava sa stresom. U suočavanju sa stresom, pored navedenih faktora (rod, ličnost), važnu ulogu imaju kulturni faktori, te se Zapadna kultura više vezuje za individualizam, nezavisnost i tip ličnosti A, a azijske kulture za međuzavisnost, kolektivizam i tip ličnosti B (Aronson et al. 2005: 522–528).

Džang (Zhang 2005. prema Gunn, Lester, 2014: 73–77) se u svojoj *teoriji napora* (*naprezanja*) bavi različitim faktorima koji utiču na pojedince i njihovo suicidno ponašanje. Ukazuje na značaj stresa za suicidno ponašanje koji dolazi iz sukoba različitih kulturnih i religijskih normi i verovanja (npr. zabrana nošenja burki u Francuskoj; roditeljske zabrane migranata koje su u skladu sa kulturnim normama iz zemlje porekla, a u suprotnosti sa normama u zemlji prijema). Iako se ne govori o dijatezi, ona se može ugraditi u ovaj teorijski model jer će individualna vulnera-

185 Ukazuje se i na kompleksnu interakciju između gena i životne sredine koja utiče na neurobiološke promene, inače uočene kod velike depresije i kod dijateze suicidnog ponašanja.

186 Neki autori ovih teorija ističu da je psihičko stanje promenljiva varijabla, dok su osobine (crte) ličnosti pojedinca stabilna varijabla koja *usmerava* ka impulsivnosti ili stabilnosti.

187 Zastupnici ove teorije su i psiholozi i sociolozi, što omogućava saradnju i zajednička istraživanja i *širi krug* značajnih stresnih faktora za suicid. U stvari, to i jeste jedini način da se jedan fenomen detaljno ispita i objasni.

bilnost pojačati mogućnost suicida. Autor daje *tipologiju suprotnosti* koja je nastala zbog različitih vrednosti: tradicionalizam nasuprot modernosti u shvatanju položaja žena, tradicionalizam nasuprot modernosti u shvatanju ljubavi i braka, istočne nasuprot zapadnim vrednostima i kolektivizam nasuprot individualizmu. Sledeći faktori mogu da povećaju učestalost suicidnog ponašanja: realnost nasuprot aspiracijama, tj. visoke aspiracije koje nisu u skladu sa talentima i realnim mogućnostima koje se mogu ispoljiti u oblastima kao što su: karijera, obrazovanje, izbor bračnog partnera, društveni i politički status; potom doživljaj depriviranosti u odnosu na druge, povezan sa niskom prihodima, nedostatkom mogućnosti za obrazovanje i zapošljavanje; i, na kraju, smanjene veštine za rešavanje različitih životnih problema i kriza (gubitak posla, novca, neuspeh u školi, gubitak bliskih osoba).

Model suicidnog ponašanja koji može da se svrsta u stres-dijatezu model, isto kao i u kognitivni model, dali su Šot i Klam (Schotte, 1982; Clum, 1987), objašnjavajući da osobe koje preminu od suicida imaju deficit u divergentnom ramišljanju[188] koji smanjuje sposobnost izlaska na kraj sa životnim problemima. Kognitivna rigidnost onemogućava prilagođavanje pojedinca promenama u okruženju i društvu, što povećava osećanje bespomoćnosti i beznađa, koje može da vodi ka suicidnom ponašanju (Gunn, Lester, 2014: 81).

Empirijski proveravajući svoj teorijski model, autori su našli da su osobe koje su neuspešne u rešavanju problema pod visokim stresom i najčešće imaju suicidno ponašanje.

7.4 Sistem ličnih konstrukata i suicidnost

Istraživanje (eksplorativno)[189] sistema ličnih konstrukata kod osoba sa različitim stepenom suicidnosti (Džamonja Ignjatović, 1993: 62, 107–110) pokazalo je da postoje specifične karakteristike (formalne, sadržinske

188 Divergentno razmišljanje odstupa od sistematičnog i linearnog razmišljanja, tj. konvergentnog. Predstavlja sposobnost da se problemu ili pitanju priđe iz više različitih perspektiva. Pošto nalazi nove načine povezivanja i različite mogućnosti rešenja problema povezuje se sa kreativnim razmišljanjem.

189 U pitanju je uzorak od 70 ispitanika, oba pola, starosti od 18 do 35 godina. Prvu grupu od 30 ispitanika, koji su pokušali suicid, čini 16 osoba sa dijagnozom depresije i 14 bez djagnoze; drugu grupu čini 20 ispitanika koji imaju dijagnozu depresije, ali 11 ima suicidne ideje, dok 9 nema; treću 20 ispitanika bez psihopatoloških tendencija. Autorka govori o grupi suicidno depresivnih osoba koji su pokušali suicid većeg stepena ozbiljnosti, potom o drugoj grupi suicidno depresivnih osoba sa pokušajem manjeg stepena ozbiljnosti, zatim o grupi depresivnih koji imaju suicidne ideje i, konačno, depresivnih koji nemaju suicidne ideje.

i relacijske) sistema ličnih konstrukata među: osobama koje su pokušale suicid (višeg stepena ozbiljnosti), osobama sa pokušajem suicida (nižeg stepena ozbiljnosti), među ispitanicima koji imaju suicidne misli i među onima koji ih nemaju. Razlike su u stepenu autodestruktivnosti, motivacije i karakteristika ličnosti, kao i konstrukciji, dezorganizaciji, slaboj anticipaciji i bipolarnom konstruisanju.[190] Izdvojene su sledeće specifičnosti: kod depresivnih osoba prisutan je negativan odnos prema sebi i životu (negativan odnos prema budućnosti i doživljaj besperspektivnosti i beznađa značajan je za povezivanje depresije i suicida); kod osoba koje su pokušale suicid, bez obzira na to da li imaju ili nemaju dijagnozu depresije, prisutan je smanjen stepen strepnje u odnosu na smrt. Najveće razlike u sistemu ličnih konstrukata nađene su između osoba sa dijagnozom depresije koje su pokušale suicid i kontrolne grupe, ali i između osoba koje su pokušale suicid (višeg i nižeg stepena ozbiljnosti) i kontrolne grupe, što čini ovu grupu ljudi heterogenom.

7.5 Teorije učenja i samoubistvo

Teoriju učenja po modelu prvi je izložio Albert Bandura 1960-ih godina. Drugi nazivi za teoriju su: teorija socijalnog učenja, učenje putem uzora, učenje posmatranjem. U pitanju je *modeling* koji podražumeva da se određeno ponašanje najpre posmatra, a posle izvesnog vremena reprodukuje. Specifičnost ove teorije jeste podražavanje ponašanja i osobina druge osobe. Šta god da se imitira, u pitanju su iste grupe psihičkih procesa kognitivne i motivacione prirode. Autor teorije je istakao 6 karakteristika učenja po modelu, a to su: učenje novih oblika ponašanja; onaj koji uči posmatra model, te nema nagrađivanja (potkrepljivanja); u pitanju je opservaciono učenje (na osnovu posmatranja); nije potrebno ponavljanje; dešava se spontano (ne postoji namera o podučavanju); moguće je da samo jedno posmatranje ostavi trajno dejstvo. Bandura je govorio o različitim oblicima potkrepljenja, odnosno o motivaciji imitativnog ponašanja. Najvažniji pokretači imitacije su osobine uzora, npr. njegova slava, uspesi, nagrade... Ova teorija korišćena je u različitim empirijskim istraživanjima, npr. uticaj medija na mlade (Radonjić, 1992: 210–215). Deo o imitaciji i suicidu dat je u poglavlju *Samoubistvo kao imitacija*.

190 Konstrukcija je definisana kao „sažimanje perceptivnog polja“ koje se povezuje sa teškoćama u osmišljavanju događaja i sveta; slaba anticipacija kao problem u konstruisanju budućnosti; bipolarno konstruisanje kao težnja ka ekstremnim polovima ponuđenih konstrukata i, na kraju, reč je o dezorganizaciji sistema konstrukata (Džamonja Ignjatović, 1993: 69–76).

Za etiologiju samopovređivanja važne su teorije učenja koje se odnose na pozitivno i negativno potkrepljenje.[191] Samopovređivanje može da izazove pozitivno potkrepljenje[192] kod dece, tj. da skrene pažnju vršnjaka ili odraslih. Čak i ako uslovi verbalnu agresiju ili fizičku kaznu, ono se smatra pozitivnim potkrepljenjem u odnosu na socijalno zanemarivanje. Tako, na primer, samopovređivanje zasecanjem ručnog zgloba kod adolescenata, ukoliko ne izazove jak bol, često bude praćeno smanjenjem tenzije i osećanjem olakšanja od negativnog potkrepljenja. Jedno od mišljenja zastupa Šnajdman, i to ono o pokušaju suicida kao načinu da se skrene pažnja drugih (Ferster, 1961; Graff, Mallin, 1967; Shneidman prema Lester, 2014: 110–111).

7.6 Kognitivno-bihevioralna teorija i samoubistvo

Kognitivno-bihevioralna teorija bazirana je na pretpostavci da naše negativne emocije i ponašanja nisu rezultat događaja nego naših misli o tim događajima.[193] Znači, do anksioznosti i očaja ne dovode sami događaji, već ono što ljudi sebi govore posle traumatičnih događaja. „Ljudske misli nemaju magičnu i nezavisnu egzistenciju niti izviru iz nesvesnih želja i potreba, već direktno proizlaze iz ideja i stavova (uverenja) koji se mogu promeniti modifikacijom procesa mišljenja“ (Ellis, Harper, 1996: 25).

Veruje se da preciznije i jasnije razmišljanje može da smanji učestalost i trajanje neodgovarajućih emocija, u stvari, racionalnost može da blokira „samoosujećujuće“ emocije. Ovakvo mišljenje može da utiče na oslobađanje od besa i dezorijentišuće panike, stvara prijatne emocije i jača osećanje zadovoljstva. Disciplinovanjem sopstvenog razmišljanja možemo da živimo ispunjenije i kreativnije živote (Ellis, Harper, 1996: 25–27).

Elis (1962) je dao prvi princip racionalno-emotivne terapije, koja podrazumeva da događaji dovode do verovanja koja stvaraju posledice. Iracionalna uverenja dovode do teških posledica, a racionalna verovanja

191 Psiholozi su 1920-ih godina prihvatili Pavlovljev termin „potkrepljenje“, ali ga i delimično promenili. Tako se govori se o 4 značenja pojma „potkrepljenje“, a to su: 1) potkrepljivanje koje se razlikuje od potkrepljivača kao objekta ili zbivanja koje vrši potkrepljenje; 2) potkrepljivanje, za razliku od potkrepljenja, znači davanje potkrepljivača koje treba da ojača određeno ponašanje; 3) najčešće značenje – potkrepljenje je jačanje potkrepljivanog ponašanja; 4) potkrepljenje kao unutrašnji proces koji dovodi do određenog ponašanja (Radonjić, 1992: 133–134).

192 Pozitivno potkrepljenje uključuje povećanu pažnju bliskih ljudi i pokazivanje saosećanja, brige i ljubavi. Negativno potkrepljenje uključuje sklanjanje iz stresnog okruženja u sigurniji kontekst, npr. odvođenjem u bolnicu ili psihijatrijsku instituciju.

193 Teorija je postala popularna 1980-ih. U stvari, jedan od glavnih principa racionalno-emotivne teorije i prakse (RET) je da mišljenje stvara emocije (Ellis, Harper, 1996: 27).

do blagih. Svako uverenje sadrži afektivnu komponentu i inklinaciju ka određenom ponašanju. Pretpostavljao je da roditelji i kultura utiču na formiranje iracionalnih uverenja. U praktičnom radu došao je do saznanja o samoporažavajućim uverenjima koja dovode do negativnih osećanja i disfunkcionalnog ponašanja.

Iz ovog iskustva, Elis je naveo najpre 10 najčešćih iracionalnih verovanja, a potom ih proširio na 13. Ova uverenja su prisutna u američkoj kulturi, ali, prema istraživanjima, nađena su i u drugim kulturama. Iracionalna uverenja uključuju ideju da moramo da budemo voljeni i prihvaćeni od strane svih značajnih ljudi i ideju da bi trebalo da budemo izuzetno kompetentni u svakoj situaciji. Sledeće principe, koji su važni za kognitivno-bihevioralnu terapiju, predložio je Bek (Beck, 1976. prema Lester, 2014: 87–88). Osnovna ideja je identična sa Elisovom, ali je Bek sa studentima na jedan apstraktniji način klasifikovao tipove iracionalnih uverenja:

1. *Sve ili ništa* – podrazumeva određen način razmišljanja ili viđenje stvari samo u crnim ili belim kategorijama, što znači da je čovek neuspešan ukoliko ne radi sve savršeno.
2. *Preterana generalizacija* – kada se jedan negativan događaj shvati kao obrazac poraza koji se nikada ne završava.
3. *Mentalni filter* – fokus na negativnom, tako da čitav *pogled* postaje negativan.
4. *Diskvalifikacija pozitivnog* – odbacivanje iskustava i zadržavanje negativnih verovanja.
5. *Prerano donošenje zaključaka* – donošenje negativnih zaključaka o nečemu bez ikakvih dokaza.
6. *Preuveličavanje (katastrofičnost) ili minimiziranje* – preuveličavanje važnosti stvari ili bezrazložno umanjivanje do toga da postanu beznačajne.
7. *Emocionalna racionalizacija* – pretpostavljanje da su negativne emocije jedini način viđenja stvari.
8. *Trebalo bi* – koristi se samo „trebalo bi" i „ne bi trebalo". Ukoliko se odnosi na individuu, ona može da oseća krivicu, ukoliko se upućuje drugima oseća se ljutnja.
9. *Označavanje i pogrešno označavanje* – ekstremna forma preterane generalizacije gde se na osnovu jedne greške osoba doživljava kao gubitnik.
10. *Personalizacija* – krivljenje sebe za negativne spoljne događaje za koje osoba nije odgovorna.

Okvir za razmatranje kognitivnih procesa kod suicidnih osoba dali su Venzel i Bek (Wenzel, Beck, 2008. prema Lester, 2014: 90, 102) uz korišćenje dijateza-stres modela i dodavanja varijabli vulnerabilnosti povezanih sa stresom i kognitivnim procesima, povezanim kako sa psihičkim poremećajima tako i sa suicidnim ponašanjem. Među značajne vulnerabilne varijable autori ubrajaju: impulsivnost; deficitarnost u rešavanju problema; preteranu generalizaciju, potom osobine ličnosti kao što su introverzija i maladaptivni kognitivni stil, a posebno ističu beznađe. Upravo je beznađe, kao jedna od kognitivnih distorzija, karakteristika suicidnih osoba. Što su snažnije varijable vulnerabilnosti i teži psihički poremećaji, potrebno je manje životnog stresa da bi se aktivirali kognitivni procesi relevantni za suicid. Na primer, poraz i poniženje mogu dovesti do suicidnih ideja. Dakle, može da se zaključi da na suicidni proces deluje više faktora, kao što su emocionalni faktori, osobine ličnosti, životna iskustva, neurofiziološka stanja, memorija i pažnja. U kognitivno-bihevioralnoj teoriji samoubistvo se razmatra kao svesna namera koja je povezana sa nekoliko važnih faktora, i to: ekološkim, kognitivnim, emocionalnim i ponašajnim.

Za kraj, u tekstu koji sledi biće dat jedan prikaz slučaja. U pitanju je osoba koja je pokušala suicid skokom sa visine i preživela. Pokušaćemo da analiziramo ovaj slučaj oslanjajući se na neke principe kognitivno-bihevioralne teorije.

Jelena (promenjeno ime), starosti 56 godina, višeg obrazovanja, penzionerka, razvedena, majka dvoje dece, živi u Beogradu. Dispanzerski je lečena od alkoholizma i depresije u psihijatrijskoj bolnici (sa 48 godina), a posle pokušaja suicida, teške povrede i uspešne rehabilitacije, uključuje se u individualnu i porodičnu psihoterapiju i grupnu socioterapiju. Umereno je konzumirala alkohol, sa retkim opijanjima, do ulaska u brak. U braku Jelena počinje intenzivnije da pije.

Suprug je očekivao da se ona bavi decom, kuva, sređuje kuću, ide u nabavku i „dočekuje ga sa ručkom". To je jedno vreme bilo moguće ispuniti, ali vremenom, uz posao, bilo je sve teže. Zato je suprug postao verbalno agresivan, a dogodilo se par puta da ju je „gurnuo, udario šamar i stegao za ruku". Jelena je doživljavala sebe kao nesposobnu domaćicu, neprivlačnu ženu, nedovoljno dobru majku. Njene učestale misli bile su sledeće: „Bezvredna sam jer nisam u stanju da ispunim njegove želje", „Loše izgledam jer ga ne privlačim", „Nisam u stanju da se bavim decom kako on to očekuje", „Beskorisna sam", a kasnije – „Pijem i ne mogu to da promenim". Posle prvog lečenja i apstinencije od nekoliko godina, bračna situacija se nije bitno promenila. Muž je bio saradnik u prvom lečenju alkoholizma, ali posle prvog recidiva traži razvod i ubrzo ulazi u drugu emotivnu vezu.

Dolazi do razvoda i deca ostaju da žive sa ocem. Jelena oseća krivicu, nesigurnost i tugu. Sve stare misli se ponovo vraćaju, a pojavljuju i nove: „Ništa ne vredim", „Jedini izlaz iz ove situacije je da se ubijem". Piše oproštajno pismo i pokušava suicid.

Danas Jelena apstinira 8 godina. Odnos sa decom je popravila, dok sa bivšim mužem ima „korektan odnos". U drugoj je emotivnoj vezi. „Ne bih više ušla u brak", kaže, a što se nasilja tiče „ne želi više ni povišen ton". Sada smatra da su na njeno psihičko zdravlje uticale razne situacije koje tada nije umela da reši, a pre svega negativne misli o sebi.

U individualnoj terapiji su primenjeni neki od principa REPT terapije, kao što su *pretvaranje* iracionalnih u racionalna uverenja. Smatramo ih značajnim u radu sa osobama koje su pokušale suicid ili imaju suicidne misli.

7.7 Interpersonalne psihološke teorije o samoubistvu

Jedna od interpersonalnih psiholoških teorija vidi samoubistvo kao čin izazvan osećanjima nepripadanja socijalnoj mreži, „opterećivanja" drugih i društva, te spremnošću da se realizuje suicid. Takođe nastoji da objasni razliku između namera u suicidnom ponašanju, koje se dele na one sa niskim i visokim stepenom mogućnosti da se dogodi smrt (niske i visoke suicidne namere).[194]

Osujećenje pripadanja podrazumeva osećanje odvojenosti od drugih, prekid bliskih socijalnih kontakata, doživljaj otuđenosti, limitiranu socijalnu podršku ili nepostojanje socijalne podrške. Ovakvo stanje može biti povezano sa usamljenošću. *Percepcija opterećivanja* stvara osećanje da osoba predstavlja teret za ljude oko sebe ili celu zajednicu, tako da samoubistvo postaje način da se drugi oslobode tereta. Oba viđenja mogu biti realna, ali mogu da predstavljaju i kognitivnu distorziju (greške u mišljenju). Ukoliko je prisutno *osujećenje pripadanja* uz *percepciju opterećenja*, može doći do lakšeg pokušaja suicida. Međutim, ukoliko je prisutan i treći važan faktor, tj. *spremnost* (sposobnost) da se izvrši suicid, veća je mogućnost smrtnog ishoda. *Sposobnost* za vršenje suicida podrazumeva izbor adekvatnog sredstva za ovaj čin, kao i prevazilaženje straha i bola. Pretpostavlja se da su osobe koje vrše suicid imale ranije, u detinjstvu, iskustva bola i straha, npr. bili su seksualno ili fizički zlostavljani, samopovređivali su se ili imali ranije pokušaje suicida. Ova teorija je proširena konceptom beznađa, koji su postojećim faktorima dodali Van Orden i saradnici

194 U našoj literaturi nalazimo termine lakši i teži pokušaj suicida, kao i ozbiljna namera ili skretanje pažnje.

(2010) (Joiner, 2005. prema Gunn, 2014: 25–26). Osujećenje pripadanja[195] i percepcija opterećenja vode ka beznađu, što pojačava želju za suicidom.

Interpersonalna teorija smatra se važnom za objašnjenje suicidnog ponašanja mladih. Ona ističe povezanost između socijalne isključenosti i suicidnog ponašanja. Empirijski je potvrđena povezanost između slabih kontakata sa vršnjacima, nedostatkom bliskih prijatelja, usamljenošću i socijalnom izolovanošću sa visokim rizicima za pokušaj suicida među adolescentima i mladim odraslim (Hill et al. 2011: 160). Faktori ličnosti takođe se povezuju sa sklonošću ka suicidnom ponašanju i navode tri grupe: sa narcističkim i perfekcionističkim ponašanjem, potom sa impulsivnim i agresivnim ponašanjem i preteranom osetljivošću na beznačajne životne događaje, i, na kraju, „prikriveno depresivni" – iza depresije *stoji* shizofrenija, poremećaj ishrane (Apter, 2001. prema Bradić, 2005: 106).

Interpersonalne psihološke teorije predstavljaju značajan teorijski okvir za buduća istraživanja. Tako se u socijalno-psihološkim istraživanjima najvažnijim rizičnim faktorima za suicid smatraju socijalni i neurokognitivni, u koje su uključeni: percepcija sebe u budućnosti, standardi postavljeni sebi i drugima, kao i veštine u rešavanju interpersonalnih problema. U ključne kognitivne faktore rizika spada beznađe, definisano kao „socijalno kognitivni rizični faktor povezan sa suicidnim idejama, namerama i završetkom čina" (Weishaar, 2000. prema Cornette et al. 2012: 3). U istraživanjima se pokazalo da je beznađe snažan prediktivni faktor suicida i za odrasle i za decu, mada snažnije povezan sa odraslima i kliničkom populacijom. Takođe su se neki kognitivni stilovi pokazali rizičnim, kao što su visoki self standardi povezani sa negativnom percepcijom selfa i većom diskrepancom između idealnog i „stvarnog sebe".

7.8 Transakciona analiza Erika Berna u objašnjenju suicida

Transakciona analiza Erika Berna (Eric Berne) predstavlja sveobuhvatnu teoriju ličnosti, ljudske komunikacije, odnosa i psihoterapije. Nastala je krajem pedesetih godina 20. veka, u vreme razvoja humanističke

195 *Osujećenje pripadanja* podeljeno je na dve dimenzije – usamljenost (živeti sam, neoženjen/neudata, zlostavljanje u detinjstvu, nasilje u porodici, slaba socijalna podrška, socijalna izolacija) i uzajamna ne/briga (osoba nema kome da se obrati za podršku, niti daje podršku drugima). *Percepcija opterećanja* je podeljena na odgovornost (povezana sa stresom, beskućništvom, zatvorom...) i samomržnju (nisko samopoštovanje, sramota, samookrivljavanje, uznemirenje...). *Sposobnost da se izvrši suicid* podeljena je na sniženje straha od smrti i povećanje tolerancije na bol. Povezana je sa porodičnom istorijom suicidnog ponašanja, zlostavljanjem u detinjstvu, slabom kontrolom impulsa, prethodnim pokušajima suicida i izloženošću suicidnom ponašanju drugih.

psihologije i velikog interesovanja za ljudsku komunikaciju. Zasniva se na analizi poruka i transakcija. Transakcija je osnovna jedinica komunikacije u kojoj dve osobe razmenjuju poruke. U stvari, u toku komunikacije, njihova ego stanja razmenjuju poruke. Serije transakcija, posebno onih koje se ponavljaju, Bern naziva *igrom*. Različite vrste igara su deo životnog scenarija ili skripta, koji je uglavnom *napisan* u detinjstvu. *Igra* ima negativno značenje, te može biti destruktivna i samodestruktivna (Bern, 2003; Milivojević, 2007: 21–22). Na primer, *igra* jednog od roditelja koja se događala u vreme detinjstva osobe, ponavljala više puta i bila emocionalno obojena, lakše će postati ego stanje Roditelj kod deteta. Ovo važi i za *suicidne igre*. Znači, veće su šanse da se ponovi tj. dogodi „suicidna" *igra* ukoliko je ona deo ego stanja Roditelj. Ipak, ne mora se ponoviti, zato što postoje i drugi delovi ego stanja Roditelj, kao i druga dva – Odrasli i Dete.

Bern navodi tri aspekta ličnosti koje naziva ego stanjima – ego stanje Odrasli, ego stanje Roditelj, ego stanje Dete.[196] Ego stanje Odrasli je deo ličnosti koji racionalno obrađuje informacije, procenjuje, izračunava, donosi odluke, razume realnost. Naziva se i „kompjuter ličnosti". Počinje krajem druge godine i razvija se u toku adolescencije. Ego stanje Odrasli je veoma važno za normalno psihološko funkcionisanje i ukoliko je jače, utiče na donošenje boljih, ispravnijih odluka (Bern, 2003; White, 2011: 21–23).

Ličnost je modelirana Roditeljem kroz ceo život, mada se najsnažniji proces modeliranja dešava u detinjstvu. Modeliranje se javlja u kontinuitetu, bez obzira na želju osobe, te se stoga često naziva instinktom imitacije. Na ovaj način, deca usvajaju *zdrava* i konstruktivna kao i *nezdrava* ponašanja svojih roditelja. Snažna socijalizacija (naglašeno ego stanje Roditelj) može dovesti do anksioznosti i depresije (zbog snažnog osećanja krivice), a disfunkcionalno ego stanje Roditelj do kršenja socijalnih normi i kriminaliteta (Bern, 2003).

Sledeća ego stanja Deteta[197] važna su u objašnjenju donošenja odluke o suicidu. U pitanju su: Dete u ego stanju Deteta (naziva se još i „Somat-

196 Ego stanje Roditelj je deo ličnosti koji predstavlja značajnu figuru iz detinjstva i uzor (majka, otac, braća, sestre, vršnjaci, nastavnici...). Ovo stanje sadrži moralne i vrednosne norme koje oblikuju ponašanje, socijalizuju, bez koga ne bi bilo krivice, kao ni društva. Ego stanje Roditelj se deli na Kritičko i Podržavajuće. Kritički Roditelj kritikuje, napada, postavlja granice, kontroliše, najčešće koristeći termine „mora" i „loše". Ego stanje Podržavajući Roditelj brine, teši, neguje, pomaže, koristeći termine „volim te" i „lepo".

197 Ego stanje Dete vezano je za osećanja i primarne nagone (glad, žeđ, seksualna želja, ljutnja, stid, tuga). Podeljeno je na dva ego stanja. Ego stanje Slobodno Dete sadrži intuiciju, spontanost, osećanja, želje, radoznalost. Ego stanje Adaptirano dete se ne/prilagođava autoritetu, pa ima dva ego stanja – Prilagođeno (povinuje se, ugađa drugima, sluša, ljubazno je) i Buntovno (prkosno, nevaspitano, mrzovoljno) (White, 2011: 24–25).

sko dete"); odrasla osoba u ego stanju Deteta („Mali profesor"); Roditelj u ego stanju Deteta („Elektroda"). Prvo od tri ego stanja fokusirano je na telo i telesne potrebe, pa se stoga i naziva „Somatsko dete". Sadrži osećanja i nagone – potrebu za hranom, ljubavlju, toplinom i bezbednošću. Drugo ego stanje, nazvano „Mali profesor", počinje od trećeg meseca života, kada dete sluša, gleda, dodiruje, ali nema logičkog, sistematičnog mišljenja (prelogično mišljenje). Odrasli u ego stanju „Mali profesor" može da donese pogrešne zaključke i odluke. Međutim, kada „Mali profesor" donese odluku o samoubistvu, Roditelj u stanju Deteta – „Elektroda", ovakvu odluku održava (ojačava, pothranjuje), i ukoliko ne donese novu, ponašaće se u skladu sa Elektroda ego stanjem – reagovaće automatski. Tako znatan broj odraslih ljudi nije svesno da njihove odluke nastaju iz ego stanja Dete – Elektroda, što znači da su u pitanju *detinjaste* – nezrele, neobjektivne, nelogične povezanosti uzroka, koje mogu da se prenesu na različite životne situacije. Ovakav način mišljenja utiče na donošenje pogrešnih odluka, pa i odluka o suicidu (White, 2011: 26–29).

Svaka osoba u detinjstvu pravi trajne izbore koji su važni za čitav život. Rane odluke su povezane sa fizičkim i psihičkim opstankom deteta u okruženju koje vrši različite pritiske. Rano donete odluke utiču na mišljenje, osećanja i postupke. Znači, dete ima određene misli o sebi i drugima, koje se ponavljaju i vremenom postaju *obrasci misli* i obrasci ponašanja. Rane misli povezane sa suicidnim ponašanjem primećene su u psihoterapijskom radu. Često su u pitanju greške, neracionalne misli, koje se mogu menjati, npr. korišćenjem kognitivno-bihevioralne terapije (Goulding, Goulding, 1978. prema White, 2011: 37).

7.9 Teorije o stilovima privrženosti i suicidno ponašanje

Teorije o stilovima privrženosti ističu značaj iskustva u odnosima sa roditeljima/starateljima kao važnim za ponašanje u odnosima u odraslom dobu. Centralna tema savremene teorije afektivnog vezivanja su načini na koje se rana iskustva afektivnog vezivanja sa drugima narativno oblikuju. Prema ovoj teoriji, rana iskustva postaju „radni model" naših uverenja, kao i razmišljanja i slika o sebi i drugima. Važno je kako vidimo sebe – da li kao osobe koje zaslužuju ljubav ili kao one koje su nedostojne ljubavi. Takođe, druge možemo videti kao dostupne ili nedostupne, ili kao pouzdane ili nepouzdane (Dalos, Drajper, 2012: 235–236). Slike sadrže očekivanja od drugih ljudi, koja su važna i za periode krize uz suicidne misli, jer u tim periodima osobe mogu reagovati distanciranjem od drugih

ili verovanjem da ih drugi mogu podržati i pomoći. Osobe sebe takođe mogu videti kao jedine krive za sve nastale probleme, kao i da je to rezultat njihovih „mana".

Postoje različiti metodi za istraživanje narativa dece, kao i narativa odraslih o njihovom detinjstvu. Narativi odraslih se smatraju važnim jer, prema ovoj teoriji, utiču na odnose odraslih sa njihovom decom, kao i na partnerske odnose. Navode se tri tipa odnosa između male dece i majki (važnih za odnose u odraslom dobu): *siguran* (adekvatna reakcija na potrebe odojčeta uz prisustvo pozitivnih emocija koje stvaraju poverenje, bez straha od napuštanja, te se osoba oseća prihvaćenom i vrednom); *anksiozno-ambivalentni* (ako su roditelji ambivalentni, nedosledni i nametljivi, osoba očekuje bliskost, ali je zabrinuta da joj neće biti uzvraćena, te postaje anksiozna); *izbegavajući* (roditelji su distancirani i uzdržani i odbijaju potrebu deteta za privrženošću, te osoba potiskuje potrebu za privrženošću, bliskošću u odraslom dobu) (Ainsworth, 1978. prema Aronson et al. 2005: 368–369).

Teorije o stilovima privrženosti smatraju se značajnim za objašnjenje suicidnog ponašanja među mladima, ali se mali broj istraživanja bavio ispitivanjem ove povezanosti. U ranijim studijama nađena je korelacija između manje privrženosti, nižeg stepena poverenja, lošije komunikacije i otuđenosti od roditelja sa manjom privrženošću, lošijom komunikacijom i otuđenošću od vršnjaka kod mladih sa suicidnim ponašanjem u odnosu na mlade bez suicidnog ponašanja. Pokazano je i da studenti sa istorijom suicidnih ideja i pokušajima suicida imaju nizak stepen privrženosti roditeljima i depresivni poremećaj (Strang, Orlofsky, 1990; De Jong, 1992; Yama et al. 1995. prema Hill et al. 2011: 158–159). I novije studije potvrđuju ove nalaze. Slaba porodična kohezija povezana je sa višim nivoima suicidnih misli i suicidnim ponašanjem među studentima. Za suicidno ponašanje studentkinja vezuje se rano seksualno zlostavljanje, alkoholizam roditelja, porodični konflikti, nizak nivo porodične kohezije i emocionalne ekspresije (Zeyrek et al. 2009; prema Hill et al. 2011: 158–159).

Dalje u tekstu biće predstavljene neke crte ličnosti koje se mogu povezati sa suicidnim ponašanjem.

7.10 Emocije i crte ličnosti povezane sa suicidnim ponašanjem

Psihološke studije se bave istraživanjem pojedinih emocija i crta ličnosti koje mogu biti i rizični faktori za suicid. Najčešće su u pitanju: ljutnja i bes, impulsivnost, agresivnost, usamljenost, beznađe, samoprezir i narci-

soidnost. Ističe se i značaj rodne dimenzije u načinu ispoljavanja emocija i ponašanja koje je povezano sa suicidom, a koja je važna za razumevanje razlika u stopama suicida. Dalje u tekstu biće definisane određene emocije i predstavljena istraživanja povezanosti nekih emocija i crta ličnosti sa suicidnim ponašanjem, koja uključuju rodnu i starosnu dimenziju.

7.10.1 Ljutnja i bes

Ljutnja je neprijatno *višestruko* osećanje čiji se raspon kreće od iritacije ili uznemirenosti do srdžbe i besa. Izazvana je jednim događajem, a ponekad je u pitanju i više njih, i zavisi od subjektovog stanja pre delovanja stimulusa, procene događaja i dostupnih resursa za savladavanje problema (Pompili, 2012: 69). Ljutnja se pojavljuje kada individua procenjuje da se druga osoba ponaša na način koji ugrožava neku njenu vrednost, dok je bes veoma snažna ljutnja. Osećanje ljutnje proizlazi iz osećanja iritacije i osećanja frustriranosti. Socijalni aspekt ljutnje je povezan sa osećanjem ličnog značaja i važnosti, dok se egzistencijalni aspekt odnosi na pokušaj da se svet uredi prema subjektovim vrednostima i željama. Ponašanje koje proističe iz osećanja ljutnje je agresivnost koja se ispoljava kroz verbalne i neverbalne signale i fizičko nasilje usmereno prema drugim ljudima, stvarima, ali i samom sebi (ljutnja na sebe – krivica) (Milivojević, 2008: 352–359).

Odnos između samoubistva i besa ima rodnu dimenziju. Prema istraživanjima, žene češće internalizuju simptome depresije, povlačenja i anksioznosti, a muškarci eksternalizuju uznemirenost, bes i agresiju. Utvrđena je povezanost između agresivnih crta ličnosti i suicidnih misli, a potom i izvršenim suicidom, u znatno većem broju kod muškaraca nego kod žena (korisnika psihijatrijskih usluga). Depresija i posttraumatski stresni poremećaj su značajnije povezani sa suicidom kod žena. Pronađena je i povezanost između suicidnog ponašanja i agresivnosti, ljutnje, impulsivnosti, antisocijalnog ponašanja među adolescentima. Kod muškaraca koji su pokušali suicid (klinička populacija) primećeni su viši skorovi agresije i indikatori agresivnog temperamenta, kao i niska kooperativnost povezana sa agresijom. Važni prediktori samoagresivnosti su stanje besa koje je pounutreno i inhibicija besa (Bettes and Walker, 1986; Edwards and Holden, 2003; Fergusson et al., 2003; Goldsmith and Lemery, 2000; Orbach et al., 1998; Wunderlich et al., 2001. prema Pompili, 2012: 71; Fennig et al. 2005. prema Pompili, 2012: 69–76).

Nezavisno od vrste psihičkog poremećaja (depresija, shizofrenija, poremećaji ishrane...), ljutnja i povezanost agresivnosti i impulsivnosti ostaju značajni faktori za pokušan i izvršen suicid.

7.10.2 Impulsivnost

Većina definicija impulsivnosti razmatra neplanirane ili nepromišljene radnje kao centralnu kategoriju. Povezanost impulsivnosti i agresivnog i suicidnog ponašanja takođe se posmatra iz perspektive nedovoljne ili odsutne promišljenosti, nerazumevanja posledica radnje i neadekvantno kratkog praga reakcije. Ovi faktori uslovljavaju moguću disocijaciju akcije i njene namere (Pompili, 2012: 48).

Dakle, na implusivnost se generalno gleda kao na odstupanje od promišljenog ponašanja, dok se patološka impulsivnost vezuje za različite psihičke poremećaje, kao što su zloupotreba psihoaktivnih supstanci i bipolarni afektivni poremećaj, kao i za poremećaje ličnosti koji pripadaju B klasteru – granični poremećaj ličnosti (*borderline*). Kod samoubistva se mogu posmatrati dva konteksta ispoljavanja impulsivnosti – impulsivnost je direktno uključena u samoubilački akt ili je prisutna kao crta (osobina) ponašanja ličnosti, čime utiče na reakciju osobe na stres i gubitak. Zajedničko dejstvo ovih faktora određuje ozbiljnost i ishod suicidnog ponašanja. Recimo, kod impulsivnijih osoba pokušaj suicida će biti teži nego kod neimpulsivnih. Znači, impulsivnost kao crta ličnosti utiče na odluku o pokušaju suicida i na način pokušaja. I u teoriji o stres-dijatezi pominje se impulsivnost kao moguća predispozicija za suicid (Isto, 2012).

Prema nekim istraživanjima, impulsivno-agresivne crte povećavaju rizik za suicid, a mogu biti povezane sa višom psihopatologijim i komorbiditetom. Tako Turecki (2005. prema Pompili, 2012: 50) nalazi da je viši nivo komorbiditeta prisutniji kod osoba sa impulsivno-agresivnim crtama u odnosu na kontrolnu grupu, a osobe sa višim komorbiditetom imale su i istoriju suicidnog ponašanja. Takođe važan podatak iz ovog istraživanja je da su impulsivno-agresivne crte snažnije povezane sa suicidnim postupcima mladih osoba. U starijoj odrasloj populaciji suicid je češće posledica odluke i planiranog akta, a posebno među depresivnim i bolesnim osobama. Pretpostavljeno je da rani stresori, kao što su roditeljsko odbacivanje, zanemarivanje, nezainteresovanost i zlostavljanje, mogu biti okidači disfunkcionalnog ponašanja koji pospešuju snažno izražavanje impulsivnosti koje je kombinovano sa agresivnim ponašanjem. I drugi istraživači navode abnormalnu impulsivnost i nisku samokontrolu za rizične faktore za suicid.

7.10.3 Agresivnost

Agresivno ponašanje je namerno ponašanje koje ima za cilj da nanese fizički ili psihički bol. I danas postoje različita mišljenja o tome da li je agresija nagonska pojava ili je naučeno ponašanje. Agresija se češće pove-

zuje sa fizičkim i psihičkim zlostavljanjem i ubistvima, ali ima značajnu ulogu i u samoubistvu. Tako ispitivanje agresivnosti kod hospitalizovanih pacijenata koji su pokušali suicid (na uzorku od 65 ispitanika – 51,3% žena i 46,9 % muškaraca, starosti od 21 do 67 godina), rađeno u Beogradu, nalazi niže skorove na modalitetu otvorenog ispoljavanja agresivnosti (u poređenju sa standardizovanim uzorkom), verbalna agresivnost je nešto ispod proseka, dok je izražena afektivna komponenta – bes, a hostilnost je niža. Na osnovu visokih korelacija besa sa ostalim faktorima agresivnosti, autori smatraju da je bes preduslov za agresivne manifestacije bilo koje vrste. U pitanju je uzorak u kome je kod 47% ispitanika utvrđeno prisustvo depresivne epizode, kod 35,3% bipolarni afektivni poremećaj (BAP), dok je 17,6% ispitanika u aktuelno depresivnoj fazi. Ipak je kod ispitanika koji imaju BAP izraženija hostilnost u odnosu na druge ispitanike. Potiskivanje otvorenog ispoljavanja agresivnosti kod ispitanika može da bude povezano sa impulsivnošću koja može da dovede do nemogućnosti kontrole ponašanja i pokušaja suicida (Lukić i sarad. 2009: 20–24).

Istraživanja se kreću u različitim pravcima i povezuju impulsivnu agresiju sa serotoninom i testosteronom, kao i sa kontrolom besa. Tako je utvrđeno da serotonin inhibitira impulsivnu agresiju, dok npr. viši nivo testosterona povećava agresiju. Smatra se da testosteron može da utiče na desnu hemisferu mozga i tako utiče na suicidno ponašanje. Pregledom literature došlo se do nalaza o povezanosti testosterona sa suicidom, ali sa nižim nivoima kod starijih muškaraca, a višim nivoima kod adolescenata i mladih odraslih (Värnik et al. 2011; Sher, 2012, 2013. prema Lester, 2014: 67).[198] Takođe se smatra da je impulsivna agresija rezultat niske tolerancije na frustraciju i teškoća u kontroli besa, te da poremećaji ličnosti (posebno granični i antisocijalni) i niža inteligencija povećavaju impulsivnu agresiju (Cohen, 2003: 455).

Žene se smatraju manje agresivnim od muškaraca, ako se uzme u obzir uticaj testosterona, međutim, značajni faktori koji utiču na nivo agresije su posebne situacije i kulturni faktori. Znači, „urođeni“ obrasci ponašanja mogu da se menjaju i prilagođavaju pod uticajem kulture. Agresiju može da poveća relativna deprivacija, frustracija, prisustvo agresivnih predmeta (oružje, oruđe...), imitacija agresivnog ponašanja drugih, nasilje u medijima (Aronson et al. 2005: 421–422).

198 Moguća objašnjenja za ove nalaze su sledeća: da testosteron deluje na samoubilačko ponašanje preko određenih mehanizama u mozgu, da deluje na agresiju koja dovodi do suicidnog ponašanja ili na raspoloženje koje može uticati na suicidno ponašanje (Sher, 2012, 2013. prema Lester, 2014). Što se tiče rodnih razlika, u muškoj populaciji su zastupljene više stope samoubistva korišćenjem nasilnih metoda (upotreba oružja, skok sa visine...), dok su nenasilne metode (trovanje medikamentima) podjednako rasprostranjene među polovima.

7.10.4 Prezir prema sebi

Nastanku osećanja samoprezira i inferiornosti prethodi odbacivanje ili pretnja odbacivanjem od strane značajnih osoba (roditelji, vršnjaci). Čak i da ne postoji ovakav odnos prema detetu, važan je subjektivni doživljaj, tj. iskrivljen doživljaj koji je za dete realan. Specifičan stil vaspitanja, povezan sa očekivanjima od deteta i pretnjama odbacivanjem ukoliko se ne ispune roditeljska očekivanja, može dovesti do izgrađivanja stava deteta o sebi kao „lošem" i kao „nekom ko ne zaslužuje ljubav i prihvatanje" (Milivojević, 2007: 396–398).

Ponižavanje i odbacivanje od strane vršnjaka ili subjektivni doživljaj ovakvog ponašanja takođe može dovesti do građenja sličnog stava o sebi. Međutim, ukoliko roditelji ne pokazuju detetu ljubav i poštovanje, etiketiraju ga, vređaju i zanemaruju, *postavljaju bazu* za razvoj samoprezira. Samoprezir se manifestuje kroz samozanemarivanje, samoponižavanje i samoodbacivanje. Navedeni način vaspitanja i odbacivanje od strane vršnjaka koji dovode do samoprezira predstavljaju značajne faktore za nastanak depresije, suicidnog ponašanja i alkoholizma. Osećanje bezvrednosti posebno je važno za samoubistvo jer može da dovede do potpunog prekida odnosa sa drugima. Ovo osećanje je najbliže osećanju depresivnosti. Oboleli od depresivnog poremećaja doživljavaju sebe kao neadekvatne i bezvredne osobe. Oni se u mnogim socijalnim situacijama osećaju odbačeno, što predstavlja eksternalizaciju samoprezira, ili pak preterano kritikuju druge – eksternalizacija inferiornosti (Isto, 399–400, 411).

7.10.5 Narcizam

Značajan broj ljudi obolelih od depresije ima narcističke[199] crte ličnosti. Narcističke crte ličnosti su, prema jednom istraživanju, nađene kod 18% muškaraca i 6% žena (Widiger, Mullins, 2003. prema Erić, 2010: 243).[200] Ukazuje se na povezanost između patološkog narcizma i samo-

199 Narcizam potiče od grčkog mita o Narcisu. Smatra se da je ovo pogrešan naziv, a pravo ime je Narkis, koji znači neosetljiv i ravnodušan (neosetljiv prema ljudima koji ga vole). U stvari, Artemida je Narcisu poslala samozaljubljenost kao kaznu, jer je na ljubav Ajmenija odgovorio slanjem mača sa porukom da izvrši samoubistvo. Reč je o muškarcu koji se zaljubljuje u osobu koju vidi u vodi tj. u svoj odraz u vodi. Kada je shvatio da je on predmet sopstvene ljubavi, poželeo je da se odvoji od sebe, pa se udarao i na kraju i ubio. Kada su sestre htele da polože Narcisovo telo na lomaču, ono se pretvorilo u cvet (Milivojević, 2010: 625; Erić, 2010: 238).

200 Pojam narcizam je u psihijatriji prvi upotrebio Alfred Bine (Alfred Binet) krajem 19. veka opisujući fetišizam (sopstvena ličnost se doživljava kao seksualni objekat). Narcizam se opisuje kao crta ličnosti koju karakteriše velika zainteresovanost za sebe i divljenje prema sebi. Karen Hornaj smatra da je Frojd zapostavio značajne

ubistva kao na vezu između samopoštovanja i suicida. Samopoštovanje kod osoba sa narcističkom strukturom ličnosti može biti poljuljano različitim životnim događajima, a samoubistvo je jedan od *načina* da se sačuva dostojanstvo, zadrži kontrola i zaštiti od narcističkih pretnji i povreda (Ronningstam et al. 2008: 169–170).[201]

Takođe, ima nalaza o povezanosti između nižeg nivoa narcizma i suicidnog ponašanja u kliničkoj populaciji, kao i viših nivoa narcizma i nasilnog ponašanja. Na primer, muškarci oboleli od shizofrenije, koji su na skalama imali visoke skorove samopoštovanja i narcizma, bili su agresivniji (teško nasilje)[202] u odnosu na žene i obolele od velike depresije koji su imali niže skorove (na skalama narcizma i samopoštovanja). Dakle, niži nivo narcizma, anksioznost i depresija povezani su sa suicidnim ponašanjem (Svindseth et al. 2008: 1, 8–11).

Ispitivanjem povezanosti između narcizma[203] i konstrukcija ličnih priča sa suicidnim ponašanjem adolescenata,[204] nađena je korelacija između osećanja lične posebnosti, depresivnih simptoma, nižih *coping* strategija (prevazilaženje, prevladavanje problema), nižeg samopoštovanja i suicidnih ideja. Nepovredivost je bila snažan prediktor rizika za rizično ponašanje, posebno za upotrebu PAS. Nađene su i značajne rodne razlike. U muškoj populaciji je više zastupljen narcizam, neranjivost, omnipotentnost i rizično ponašanje. Kod devojaka je prisutno više depresivnih simptoma, suicidne ideje i osećanje posebnosti (Aalsma et al. 2006: 485–488).

7.10.6 Usamljenost i beznađe

Kao što je već navedeno u interpersonalnoj teoriji o suicidu, osujećenje pripadanja i percepcija opterećenja vode ka beznađu koje pojačava želju za suicidom. Osujećenje pripadanja je podeljeno na dve dimenzije, od kojih jednu čini usamljenost, a drugu uzajamna nebriga.

---

društvene i kulturne faktore u razumevanju narcizma, kao i da je razlika između samopoštovanja i samouveličavanja – *samonaduvanosti*, ne samo kvantitativna već i kvalitativna. Narcizam nije samoljublje, već otuđenost kako od drugih tako i od samog sebe, te stoga ovakva osoba nije u stanju da voli niti druge niti sebe (Erić, 2010: 238–242).

201 Njihov moto je „smrt radije nego osramoćenje“ (Ronningstam et al. 2008: 170).

202 Agresija je način odbrane vulnerabilnog selfa i način da se povrati samopoštovanje nakon ponižavanja.

203 Životne priče uključuju nekoliko tema: svemoćnost (omnipotentnost), nepovredivost i osećanje lične posebnosti (jedinstvenosti). Adolescenti konstruišu lične priče kao posledicu kognitivnog egocentrizma.

204 Uzorak je sačinjen od 561 učenika (6, 8, 10. i 12. razreda) iz manjeg grada u Kanadi.

Usamljenost spada u jednu vrstu osećanja frustriranosti i definiše se kao subjektivno osećanje da je individua onemogućena da bude u društvu sa ljudima koji su joj bliski. Znači, u pitanju je odsustvo važnih ljudi.

Usamljenost se može podeliti na situacionu i strukturalnu. Situaciona usamljenost se odnosi na odsustvo određenih, važnih osoba samo u nekoj situaciji, dok strukturalna ukazuje na sve životne situacije, bez postojanja želje za određenim osobama. U stvari, situaciona usamljenost nastaje zbog neprisustva određenih ljudi sa kojima je osoba emocionalno povezana, dok u strukturalnoj nema povezanosti sa ljudima. Smatra se da je strukturalna usamljenost posledica verovanja da osoba nije dovoljno dobra da bi se povezala sa drugim ljudima, ali ni da drugi nisu dovoljno vredni da bi se povezali sa njom. Iz toga proističe osećanje nepripadanja (osujećenje pripadanja) i nepovezanosti, koje ljudi nekada nazivaju *prazninom* (emocionalna praznina) (Milivojević, 2008: 342–344).

Neka istraživanja ukazuju na povezanost između nepostojanja ili slabe prijateljske mreže, nezadovoljstva partnerskim relacijama i osećanja usamljenosti i beznađa sa suicidnim ponašanjem. Tako je nađeno da osobe koje žive same, nemaju prijatelje i često se osećaju usamljenim, imaju i češće suicidne misli u odnosu na druge sa širom socijalnom mrežom, koji se ne osećaju usamljenima (Stravynski, Boyer, 2001. prema Gann, 2014: 35). Ispitivanje veze između usamljenosti i suicidnih ideja među studentima ukazuje na to da je usamljenost povezana sa pokušajima suicida, ali kada je uz usamljenost prisutno i osećanje beznađa veza je statistički značajnija (Page et al. 2006. prema Gann, 2014: 35). Zatim je potvrđena i direktna povezanost osećanja beznađa, suicidnog ponašanja i usamljenosti (Joiner, Rudd, 1996. prema Gann, 2014: 35).

Usamljenost se smatra i rodno uslovljenom. Prema nalazima nekih studija, kod udatih žena je zadovoljstvo partnerskim odnosom, a kod oženjenih muškaraca kohezivnija društvena mreža, povezana sa nižim nivoom usamljenosti. Međutim, bez obzira na rod, doživljaj usamljenosti je povezan sa višim nivoima depresije, manjim emocionalnim blagostanjem i suicidnim ponašanjem (Ayalona et al. 2013). Smatra se da muškarci, posebno profesionalno uspešni, teže održavaju prijateljske relacije u odnosu na žene, jer zbog posla i karijere zapostavljaju značajne socijalne veze. Usamljenost dovodi do narušavanja i mentalnog i fizičkog zdravlja kod muškaraca, do više stope oboljevanja od kardiovaskularnih bolesti i više stope suicida u odnosu na žene (Joiner, 2011. prema Gann, 2014: 38).

Procenjivanjem usamljenosti kod bračnih partnera starijih od 50 godina pronađena je sličnost, tj. usamljenost je prisutna kod oba pola i povezana sa satisfakcijom u braku. I kod muškaraca i kod žena nađene su visoke pozitivne korelacije između usamljenosti i nezadovoljstva dijad-

nim odnosom, dok nije nađena statistički značajna razlika između polova (Ayalon et al. 2013).

Neoženjeni muškarci prijavljuju viši nivo usamljenosti od neudatih žena, tako da iz ovog nalaza saznajemo da je brak posebno *koristan* za muškarce, jer oni verovatno *izvlače* i dobit iz socijalnih mreža svojih supruga. Druge studije govore da ta povezanost nije tako jednostavna, te da bračno stanje ne utiče direktno na zdravlje (Johnson, Backlund, Sorlie, Loveless, 2000; Deal, Halverson, Havill, 2005. prema O'Rourkea et al. 2011).

Dugi nalazi potvrđuju da je među mladima, studentima koji su potražili psihološku pomoć, bio veći broj studenata koji su naveli da se osećaju usamljenim u odnosu na studentkinje (Wiseman et al. 1995. prema Gann, 2014: 38–39). U jednoj longitudinalnoj studiji navodi se da je kod starijih muškarca (preko 70 godina) nađena veća povezanost između osećanja usamljenosti kao faktora rizika za zdravlje i smrtnosti u odnosu na žene. Žene su u većem broju izjavile da su usamljene u odnosu na muškarce, ali je iskustvo usamljenosti različito. Usamljenost kod muškaraca je varirala u toku vremena i bila situaciono uslovljena, posebno gubitkom partnerke, dok su žene situacionu usamljenost rešavale uspešnije uz podršku drugih. Smatra se da muškarci češće traže podršku u krugu porodice, dok žene imaju širu socijalnu podršku i van porodice (Iecovich et al. 2011. prema Gann, 2014: 38–39).

Na kraju treba naglasiti da se širina i kvalitet socijalne mreže smatra značajnim protektivnim faktorom za rešavanje problema usamljenosti i preventivnim faktorom za suicidno ponašanje.

8. Psihijatrijsko razumevanje suicidnog ponašanja i istraživanja

U ranijim psihijatrijskim studijama suicidno ponašanje se uglavnom razumevalo kao individualni čin, odnosno čin koji je povezan sa individualnim (*unutrašnjim*) faktorima, dok se uticaj društvenih i kulturnih faktora (*spoljnih*) i svesnosti pominjao u malom broju studija.[205] Kasnije, posebno u socijalnoj psihijatriji, ova povezanost dobija važnije mesto. Tako su psihijatri u ranijim istraživanjima ukazivali na važnost nesvesnih autoagresivnih tendencija, potom na prisustvo psihičkih poremećaja, kao i na određena osećanja i crte ličnosti koje mogu biti povezane sa suicidnim ponašanjem, na primer: depresivnost, anksioznost, agresivnost, neprijateljska osećanja, niska tolerancija na frustraciju, preterana sugestibilnost itd. (Tadić, 1973. prema Opalić, 1990: 154). Navodili su i granične oblike suicidnosti: samoubilačka razmišljanja, suicidne tendencije, parasuicidnu pauzu, pretnju samoubistvom, namerno samopovređivanje, parasuicidni gest,[206] pokušaj samoubistva (Miličinski, 1989: 1064).

---

205 Grubač (2012: 17), na osnovu iskustva iz kliničke prakse, ukazuje na čestu primenu medikamentozne terapije u cilju lečenja osoba koje su pokušale suicid, te ističe da psihijatri „psihijatrijskom terapijom leče siromaštvo, nezaposlenost, odsustvo ljubavi i samoću".

206 Parasuicidno ponašanje podrazumeva površno sečenje zglobova ruke ili uzimanje malog broja tableta, kao i javljanje prijateljima ili terapeutu neposredno posle ovakvog čina. Češće je među mlađima od 35 godina i ženama. Ipak, ovakvo ponašanje

Nalazimo i ranije podele samoubistva prema psihodinamici (Gould, 1965. prema Milčinski, 1989), koje obuhvataju sedam vrsta suicida, i to samoubistvo kao: osveta zbog napuštanja ili pretnje od napuštanja značajne osobe; isfantazirana želja za sjedinjenjem sa izgubljenom osobom; manipulacija radi iznuđivanja pažnje i ljubavi; kazna za sopstvene grehe; dezintegracija ličnosti u psihozi; nagomilana agresija prema drugome usmerena na samog sebe i poslednji krik u traženju pomoći sa nadom da će ga neko čuti.

Ringel i Stengel smatraju se jednim od najpoznatijih svetskih suicidologa u prošlom veku, čiji su doprinosi i danas aktuelni. Ističe se njihova analiza porodičnih odnosa kao rizičnih faktora za suicidno ponašanje, a posebno bračni konflikt, nedostatak roditeljske ljubavi, posesivnost i onemogućavanje separacije deteta. Ovakvi odnosi u porodici mogu da uslove osciliranje između bunta i zavisnosti, kao i između krivice i agresije.

Stengel je ukazao na razliku u specifičnosti motivacije (motiv *agresije*, *kapitulacije* i motiv *poziva u pomoć*)[207] i stepenu destrukcije između pokušaja i izvršenog suicida (Džamonja Ignjatović, 1993: 16–17).

Važan Ringelov doprinos je opis faza presuicidnog sindroma (1. insuficijencija i sužavanje; 2. agresija; 3. faza bekstva u nerealno; 4. psihička anestezija). Za prvu fazu (*insuficijencija i sužavanje*) vezuje se objektivna dimenzija insuficijencije – smanjeno svakodnevno funkcionisanje, i subjektivna – osećanje nemoći, depresivno raspoloženje i strah, potom smanjenje socijalnih kontakata, koje može dovesti do usamljenosti i socijalne izolovanosti. U ovoj fazi ljudi ipak često potraže pomoć. U drugoj fazi (*faza agresije*) nagomilana agresija koja ne može da se prazni „ka spolja" okreće se „ka sebi", a mogu da je ubrzaju osećanje krivice i tendencija ka samokažnjavanju, posebno ako je povezana sa depresivnim poremećajem. U trećoj fazi (*faza bekstva u nerealno*) negira se spoljna realnost i okreće svetu fantazija. Suicidne fantazije se ili voljno izazivaju ili same nameću. U četvrtoj fazi (*psihička anestezija*), moglo bi se reći – fazi disocijacije (cepanja), osoba funkcioniše u svakodnevnom životu, a planira i priprema se za suicid (Kapamadžija i sarad. 1990: 95–97; Džamonja Ignjatović, 1993: 16). Važno je istaći da se navedene faze ne moraju javljati datim redosledom.

U razmišljanjima o uzrocima samoubistva, psihijatri ističu i dispozicije za samoubistvo u koje svrstavaju, pored osobina ličnosti i psihopa-

---

treba shvatiti ozbiljno, jer uvek postoji mogućnost za ozbiljan pokušaj suicida, pa i suicid (Cohen, 2003: 431).

207 Motiv *kapitulacije* odnosi se na težak fizički ili psihički bol (stanje stida, krivice); *motiv agresije* na želju da se kazne drugi, ali i pounutreni objekti, pa se shvata kao čin osvete uz sticanje moći nad drugima i/ili nad sobom; motiv *poziva u pomoć* je obraćanje okolini (nemanipulativno) i traženje pomoći da se nastavi život u drugačijim uslovima (Džamonja Ignjatović, 1993: 17).

tologije, i neke spoljne, demografske i kulturne faktore.[208] U stvari, prave podelu na endogene i egzogene činioce. U pitanju su sledeći uzroci: „abnormalne ličnosti" ili psihopatije; pripadnost ugroženim grupama (stari, alkoholičari, narkomani), visoke stope suicida u nekim regionima, snažne afektivne krize i telesne bolesti, sociopsihološke životne okolnosti, krize i konfliktne bračne, poslovne i međuljudske situacije (Kapamadžija, Šovljanski, Biro, 1990: 53–54).

Jedna od izuzetno vrednih ranih studija je Milovanovićevo istraživanje samoubistva u Beogradu, u kome se naglašava potreba za multidisciplinarnim izučavanjem ovog fenomena, te se zato povezuju različiti faktori rizika. Budući da autor koristi značajnu metodologiju u svom istraživanju, studija će biti detaljnije prikazana u nastavku teksta.

8.1 Milovanovićevo shvatanje samoubistva kao svesne odluke i rezultata suicidnih motiva i suicidne psihe

Milovanović (1929: 1–5) je shvatao samoubistvo kao „zagonetan i čovečanski" čin, a definisao ga kao biološko-sociološki fenomen u širem smislu, a pravno-medicinski u užem. Tako objašnjava samoubistvo kao sociološku i pravnu pojavu koja predstavlja „gubitak po narodnu ekonomiju i finansije, predmet je krivičnog i građanskog prava i odeljak moralne statistike".[209] Navodi porast stope suicida u Beogradu, koja se kreće od

208 Smatra se da je povezanost između mentalnih bolesti i suicida posredovana kulturnim faktorima. Međutim, prema nekim istraživanjima, postoje *opšti faktori,* nezavisni od kulture, kao što su istorija porodične psihopatologije, nedavni životni događaji i poremećaji ličnosti. Tako, na primer, u SAD, rizični faktori za suicid obolelih od shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja su istorija depresije i obrazovni status, dok ova povezanost nije nađena u Indiji. Stopa suicida u Aziji je niska u odnosu na Zapadne zemlje, pa je niža i u populaciji osoba sa mentalnim oboljenjima. Ipak, postavlja se pitanje tačnosti podataka, posebno u vezi sa suicidom muškaraca u ruralnim oblastima, u kojima je stigma najsnažnija (Avasthy, Banerjee, 2012: 143–146).

209 Svoju monografiju Milovanović naziva pravno-medicinskom, iako se u njoj bavi i drugim, širim aspektima ove pojave. Analizirao je podatke za period 1919–1928, prikupljene u Opštoj državnoj bolnici u Beogradu i Sudsko-medicinskom zavodu. Autor navodi da se bavio svakim pojedinačnim slučajem, prikupljajući sve dostupne podatke. U pitanju su podaci sa policijskog uviđaja, iz bolnice, lična pisana dokumenta, podaci dobijeni od uže i šire porodice, kolega, prijatelja, „ravnodušnih i neprijatelja". Ovu metodu prikupljanja podataka naziva „aktivnom, individualnom, induktivnom, koncentričnom i višestranom". Smatra da je, upotrebom statističkih podataka u proučavanju suicida, moguće utvrditi pravilnosti koje „važe za sva vremena i sve zemlje", ali i osobenosti specifične za određene regione i neko vreme, kao i da je statistika nož

1,3 u toku 1919. do 3,0 1928. Autor upozorava da veći broj osoba premine od suicida nego od karcinoma i progresivne paralize, kao i da se u ovom periodu broj ubistava nije povećao u odnosu na povećan broj stanovnika, dok stopa suicida jeste. Takođe se bavi i socijalnom reakcijom, te kritikuje stručnjake i širu javnost zbog nerazumevanja i predrasuda prema samoubistvu i osobama koje su izvršile ovaj čin. Navodi da su u tom periodu samoubice poistovećivali sa zločincima ili obolelima od psihoza, dok je prevencija bila zanemarena.

Milovanović (1929: 8–9) definiše samoubistvo kao višu psihičku radnju i svesno i namerno uništavanje sopstvenog života. Jasno je da je Dirkemova studija o samoubistvu uticala na stavove ovog autora. Ta sličnost se ogleda u definisanju samoubistva kao svesnog čina, za koji je potrebna odluka i sposobnost za realizaciju – „znanje i umenje izvođenja uništavanja svoga života". Ukoliko nisu prisutni navedeni činioci kojima se definiše samoubistvo, Milovanović taj čin smatra zadesnom smrću. Dalje, sličnost je u klasifikaciji samoubistava, koje autor deli i na direktna (podrazumevaju aktivno učešće suicidanta) i indirektna (pasivno izlaganje opasnim situacijama).[210] Samoubistva deli još na „naprasna", „lagana",[211] „prosta", „zajednička", „proširena". U zajednička (složena) samoubistva ubraja: dvojna (u pitanju su intimni partneri) i porodična (najčešće su u pitanju supružnici, a ređe i deca). Druga samoubistva kategoriše prema kriterijumu simuliranje/disimuliranje, pa ih tako i naziva simulisanje i disimulisanje samoubistva, potom navodi „tendenciozna", „bilansna", „istovremeno samoubistvo i ubistvo", „recidivna" i „kombinovana"[212] (Isto, 10–13).

---

sa dve oštrice, „jednom seče, drugom preseče"; jer su moguće statističke greške – netačnost definicije, mali uzorci, necelishodno skupljanje podataka (Milovanović, 1929: 6–7, 23).

210 Direktna samoubistva su kao i *Dirkemova samoubistva* koja nastaju upotrebom mišićne energije, tj. činjenjem (pozitivni čin), dok su indirektna, u stvari, ona koja, prema Dirkemu, nastaju uzdržavanjem ili nečinjenjem (negativni čin).

211 U ovu kategoriju samoubistva Milovanović ubraja i alkoholizam kao „hronično samoubistvo", kao i trovanje kamenom sodom, gladovanjem...

212 Simulisanje samoubistva je predstavljanje prirodne smrti ili ubistva kao suicida. Disimulisanje samoubistva je prikrivanje samoubistva i pokušaj da se proglasi prirodnom smrću ili ubistvom. Tendencioznim samoubistvom suicidant želi da pokaže nezadovoljstvo, protest prema ponašanju druge osobe (supružnik, roditelji) i da okrivi za suicid. Bilansno samoubistvo se dešava posle analize i procene svog života i ne/postignuća, teških životnih događaja kao „svođenja računa". Samoubistvo sa ubistvom se najčešće dešava među ljubavnicima, bračnim partnerima, ali motiv može biti i politički. Recidivno se dešava nakon prethodnih pokušaja suicida (suicidne istorije). Kombinovano samoubistvo je češće u muškoj populaciji i podrazumeva primenu više sredstava dok se ne dođe do „sigurnog" metoda.

Prema nalazima, u Beogradu je od 1919. do 1928. suicid izvršilo ukupno 510 osoba (285 muškaraca i 225 žena). Broj suicida se povećavao, od 18 osoba u 1919. do 94 u 1928. Najmlađa osoba je imala 13, a najstarija 99 godina. Najčešće su starosne kategorije 21–30 i 61–70, a dominiraju nekvalifikovani radnici/e. Potom, među ženama su to služavke i domaćice, a među muškarcima vojna lica i policajci. Ima i mladih – učenika i studenata. Zanimljiv je podatak da je, među osobama koje su izvršile suicid, jedan broj došao u Beograd upravo da bi realizovao svoju odluku. Autor smatra da su pokušali da se sakriju u velikom gradu, da je to način da lakše počine samoubistvo ili prikriju identitet. Razlozi su bekstvo iz nekih situacija i neprilika: ljubavnih, bračnih, političkih, pronevere, bankrotstva... Veći je broj neoženjenih bez dece, i još veći neudatih bez dece u odnosu na osobe u braku sa decom, mada autor ističe da je loš brak čest faktor za suicid. Povećan broj samoubistava u junu u odnosu na januar autor objašnjava time što su u tom periodu ljudi razdražljiviji i labilnije psihe, kao i da imaju pojačanu seksualnost. Više od polovine suicidanata izvršilo je ovaj čin u svom stanu, potom kasarni, hotelu, bolnici. Prema načinu izvršenja, najčešće je trovanje, potom uz pomoć vatrenog oružja, vešanjem, utapanjem. Više je bilo siromašnih ljudi, ali i onih koji su naglo osiromašili, bankrotirali (Isto, 23–46).

Milovanović (1929: 18–21) nalazi da je u uzorku osoba koje su izvršile suicid većina bez psihičkih problema, „ima 13,7% psihotičara, 31,3% psihopata i 55% duševno zdravih samoubica". Zaključuje da psihoze nisu uzrok samoubistva, kako se često u to vreme mislilo. Ono što je važno i čime se treba baviti jesu suicidni motivi (endogeni i egzogeni)[213] i suicidna psiha. Međutim, i pored prisustva suicidnih motiva, da bi se realizovalo samoubistvo, potrebna je suicidna psiha[214] koja je „nosilica specifične suicidne reaktivnosti". Od važnih motiva za izvršenje suicida, u koje autor ubraja: somatske i psihijatrijske bolesti, afektivne, ekonomske i moralne, nađeni su među somatskim bolestima tuberkuloza, sifilis, oboljenja jetre, karcinomi i druge bolesti, a među psihijatrijskim psihoze, melanholija, demencija, alkoholizam, ali i upotreba droga. Afektivni motivi uključuju probleme u partnerstvu, braku i porodici, psihička zlostavljanja, tugu zbog gubitka bliske osobe, strah od kazne („zbog bluda, silovanja, pronevere"), bes zbog prisilnog iseljavanja. Ekonomski motivi su siromaštvo, neuspeh

213 U endogene motive ubraja „somatička i psihička oboljenja", a egzogene deli na „afektivne, ekonomske i moralne". Sve motive deli na glavne i sporedne.

214 Karakteristike suicidne psihe su: „oslabljen životni nagon, stavljanje kvalitativnog iznad kvantitativnog, razvijena individualnost, egocentričnost i introspektivnost, skeptičnost i kritičnost, bespredrasudnost i ireligioznost, neakomodativnost, inteligentnost preko prosečne svoje sredine i svoga poziva, antiasketstvo..."

u školi, gubitak posla ili nezaposlenost, izbeglištvo uz siromaštvo. U moralne motive[215] spada niz situacija, od kojih je većina specifična za vreme u kome je ova studija nastala, i strah od neformalne socijalne reakcije (Isto, 48–59).

I pored niza kritika upućenih Milovanoviću od strane tadašnjih stručnjaka zbog shvatanja suicida kao svesne i nameravane radnje, tj „precenjene uloge svesti", njegova studija o samoubistvu bitno je uticala na širenje interesovanja tadašnjih psihijatara za samoubistva koja nisu povezana samo sa psihijatrijskim oboljenjima. Milovanović je nekoliko decenija pre Stengela shvatio nesvesnu motivaciju pokušaja suicida i nazvao je „alarm fenomenom" ili pozivom u pomoć. Nažalost, ovo nije šire poznato, te se i dalje kao prvi ko je otkrio ovaj fenomen, pod nazivom „apel fenomen", navodi Stengel (Kapamadžija i sarad. 1990: 14, 39).

Milovanovićev doprinos za buduća istraživanja samoubistva u psihijatriji u Srbiji, a i šire, značajna su isto koliko i Dirkemova studija o samoubistvu za sociologe.

8.2 Depresija i suicidno ponašanje

Danas se posebno ističe povezanost između depresije i suicidnog ponašanja. Prema proceni SZO (2012), depresija i anksioznost su najčešći mentalni poremećaji koji se javljaju u svim regionima sveta. Smatra se da je jedan od desetoro ljudi oboleo od navedenih poremećaja ili 676 miliona ljudi. Posebno zabrinjava povezanost između depresije i suicida, uz druge faktore rizika, od kojih se navode prethodni pokušaji suicida i laka dostupnost sredstava za izvršenje samoubistva (pesticidi i oružje), kao i da se od depresije leči samo oko polovine obolelih, dok je u zemljama sa niskim prihodima procenat lečenih znatno manji.

Prema nalazima iz SAD i zapadnoevropskih zemalja, osobe obolele od depresije su u 12 do 20 puta većem riziku za suicid u odnosu na druge bez mentalnog poremećaja, dok je velika depresija zastupljena kod jedne trećine osoba koje su izvršile suicid. Depresija je značajniji faktor za suicid među starijom populacijom, a poremećaj raspoloženja (ukoliko nije tretiran) među mladima (Goldney, 2008: 27).

Prema ranijim nalazima, slično kao i u novijim psihijatrijskim studijama, u grupu suicidno rizičnih osoba ubrajaju se osobe obolele od de-

215 U moralne motive autor ubraja: pritvor, vanbračni porođaj i trudnoću, klevetu za nepostojeću vanbračnu trudnoću, osumnjičeno devičanstvo, otkrivenu obljubu, blud, proneveru, pokušaj ubistva žene, pastorke, muža, ljubavnice, poušaj političkog ubistva, krađu i silovanje.

presije, zavisnici od alkohola, stari i usamljeni, oni koje najavljuju suicid i oni koju su već pokušali suicid (Haenel, 1983. prema Milčinskom, 1989). Depresija se, prema podacima iz SAD (2009–2012), češće javlja među ženama u svim starosnim kategorijama i osobama starosti od 40 do 59 godina, kao i među siromašnima, i to je 2,5 puta učestalija u odnosu na one koji su iznad nivoa siromaštva. U muškoj populaciji su nađene najniže stope među mladima od 12 do 17 godina i starijima od 60 godina. Preko 40% ljudi koji imaju teške depresivne simptome suočavaju se sa ozbiljnim teškoćama na poslu, u socijalnim aktivnostima i u kućnim uslovima. Ipak, samo jedna trećina koristi usluge u institucijama za mentalno zdravlje (Pratt, Brody, 2014: 1).

Osobe obolele od velike (*major*) depresije,[216] sa melanholičnim ili psihotičnim simptomima, u većem su riziku za suicid u odnosu na druge koji nemaju ove simptome, što su pokazale i psihološke autopsije.[217] U nekim istraživanjima naglašava se povezanost između depresije i ozbiljnih pokušaja suicida sa izvršenim suicidom, a u drugima povezanost između depresije i većeg broja pokušaja suicida (suicidna karijera). Suicidna karijera i povezanost sa realizovanim samoubistvom prisutniji su u populaciji starijih žena, a ozbiljni pokušaji sa izvršenim suicidom kod starijih muškaraca. Ima podataka da je suicidna karijera više povezana sa suicidom u odnosu na depresiju i da je stopa izvršenih suicida među osobama koje su ranije pokušale suicid 100 puta veća u odnosu na opštu populaciju. Smatra se da je od 10% do 40% ljudi koji su ranije pokušali suicid kasnije uspelo da ga realizuje, dok je rizik za suicid najviši u toku sledeće godine, nakon prethodnog pokušaja suicida (Bradvik, Belgrund, 2012: 265–267; Holmes, Holmes, 2006: 62).

Depresija je značajno povezana sa suicidom među starijom populacijom. Na pogoršanje psihičkog zdravlja kod starijih utiču smanjenja ili gubici: zdravlja, uloga, posla (penzionisanje), prihoda, bliskih ljudi, socijalnih kontakata i društvene podrške. Inače su stariji kod kojih je prisut-

216 Depresija je ozbiljna bolest koja utiče na raspoloženje, a prate je kognitivni i fizički simptomi. Povezana je i sa višim stopama hroničnih oboljenja, smanjenjem funkcionisanja i povećanim korišćenjem različitih zdravstvenih usluga. Simptomi raspoloženja uključuju: tugu, razdražljivost, gubitak interesovanja za uobičajene aktivnosti, osećanje bezvrednosti i krivice i nemogućnost da se oseti zadovoljstvo, suicidne misli i suicid. Kognitivni simptomi podrazumevaju nemogućnost koncentracije i teškoće pri donošenju odluka, a fizički nedostatak energije, umor, promene sna i apetita, smanjenje aktivnosti... (Pratt, Brody, 2014: 1, 6).

217 Prema nalazima iz jedne longitudinalne studije u periodu 1984–2010, od 1.206 osoba sa dijagnozom depresije, 116 je izvršilo suicid. Nije nađen komorbiditet sa zavisnošću od alkohola i anksioznošću u odnosu na kontrolnu grupu, dok su vulnerabilne ličnosti znatno češće u ovoj grupi, i to više muškarci (Bradvik, Belgrund, 2012: 262). Međutim, često se konzumira alkohol pre izvršenja suicida.

na neka mentalna bolest u većem riziku za suicid u odnosu na one bez bolesti. Gubitak partnera, fizičke bolesti i finansijski problemi vide se kao „uobičajeni" i česti faktori za depresiju. Zato bi se prevencija suicida sastojala u brzim i adekvatnim intervencijama u cilju sprečavanja daljeg razvoja depresivnih simptoma. Takođe se navode i stavovi kod starijih koji su povezani sa suicidnim ponašanjem: *život nije vredan življenja*, *želim da umrem*, kao i prisustvo suicidnih misli i planiranja samoubistva (Holmes, Holmes, 2006: 63).

U identifikovane faktore rizika za samoubilačko ponašanje među mladima takođe se ubrajaju – depresija, anksioznost, ljutnja i samopovređivanje. Prema podacima iz SAD (2006), 2,4 miliona odraslih mladih, starosti od 18 do 26 godina, boluje od mentalnih bolesti (ali podaci nisu obuhvatili mlade beskućnike, mlade smeštene u institucije, zatvorenike i one koji nisu želeli da prijave postojanje mentalnog oboljenja), od toga 6,5% ima ozbiljne psihijatrijske probleme, a 25,3% umerene i blage. Među ozbiljnim mentalnim bolestima najzastupljenije su: velika depresija, bipolarni poremećaj, zavisnost od alkohola, kao i socijalna fobija. Čest je komorbiditet, a 32% mladih ima, uz težak mentalni poremećaj, i zloupotrebu PAS (Sullivan, 2009: 22–23).

Neki autori (Pen et al. 2003. prema Holmes, Holmes, 2006: 46) naglašavaju da depresija kod mladih može da se ispolji na dva načina – kroz tugu, beznađe, slabu energiju i socijalnu izolaciju, ali i kroz bunt, izostajanje iz škole, upotrebu PAS. Takođe može da predstavlja simptom nekih drugih mentalnih bolesti. Broj izvršenih suicida u ovoj populaciji manji je u odnosu na starije osobe, ali u ukupnom mortalitetu nije nimalo zanemarljiv.[218]

Određene somatske bolesti takođe su važan faktor rizika za suicid. Prema procenama, od 25% do 75% obolelih izvrši suicid. Međutim, mnoge od tih bolesti povezane su sa depresijom i alkoholizmom, kao npr. karcinom, multipla skleroza, epilepsija, kardiovaskularne bolesti, demencija, AIDS, ciroza jetre, čir na želucu i druge. Uz somatske bolesti treba dodati i starost kao faktor rizika, posebno među starima od 80 godina i preko. Zato je kod osoba koje traže asistirano samoubistvo (uz pomoć lekara) važno proceniti da li pored somatske bolesti postoji i teška depresija koja nije lečena (Cohen, 2003: 439).

---

218 U istraživanju sprovedenom 2002. od strane SAMSHA (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration) na uzorku mladih od 12 do 17 godina, nađeno je da je 3 miliona u prethodnih godinu dana imalo suicidne misli. Zloupotreba alkohola i drugih PAS, koja je prisutna u ovoj populaciji, dodatni je rizični faktor za suicid (Holmes, Holmes, 2006: 45).

Prema istraživanjima u Srbiji, izvor mnogih stresora i faktor rizika za oboljevanje od depresije je ekonomska i socijalna tranzicija. U Srbiji je broj suicida u poslednjih 60 godina povećan od 11,2 (1950) na 16,7 (2013). Zbog prolongiranog stresa od 1990. godine, u Srbiji je povećan broj mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (Lečić Toševski et al. 2015).

Prema nalazima, stresogeni životni događaji predstavljaju faktor rizika za razvoj depresivne epizode kod unipolarne depresije. Posebno rizičnim stresorima za razvoj depresije kod starijih smatraju se konflikti sa decom, unucima i širom porodicom. Među najčešćim uzrocima samoubistva u ovoj populaciji navode se: usamljenost, zanemarenost, smrt bračnog partnera, siromaštvo i alkoholizam (Bakonjića i sarad. 2009: 13; Knežić i Savić, 2010. Dragišić Labaš, 2013). Prema našem istraživanju, rizični faktori za pokušaj suicida starijih osoba (Dragišić Labaš, 2001) koji su hospitalizovani u psihijatrijskoj bolnici su, pored ostalih, i prisustvo psihičkih poremećaja i zavisnost od alkohola.

U rizične grupe za suicid ubrajaju su osobe obolele od psihičkih poremećaja koje su izašle iz psihijatrijske bolnice, posle tretmana. Stoga se preporučuje dobra procena statičkih i dinamičkih faktora rizika povezanih sa suicidom. U statičke se ubrajaju: demografske varijable; psihijatrijska dijagnoza (posebno depresija, shizofrenija i zavisnost od alkohola); raniji pokušaji suicida; somatska oboljenja; vulnerabilne ličnosti; poremećaji ličnosti. U dinamičke se ubrajaju: kliničke varijable (trenutni depresivni simptomi, halucinacije, deluzije, impulsivna agresija, upotreba PAS) i situacione varijable (interpersonalni konflikti, socijalna podrška, zaposlenost, dostupnost sredstava za izvršenje suicida, a posebno oružja). Takođe je važno proceniti korišćen metod kod pokušaja suicida, ne/iznenađenost preživljavanjem, prethodnu isplaniranost ili pak impulsivnost, preduzete mere koje se odnose na ne/mogućnost spasavanja (Cohen, 2003: 432–434, 438),[219] a sve u cilju dizajniranja programa prevencije suicida. Tako je nađeno da su u većem riziku za suicidno ponašanje osobe koje su otpuštene iz psihijatrijske bolnice i koje su kraće vreme (u proseku 15 dana) bile hospitalizovane, a posebno u prvih mesec dana od otpusta.[220] Najviši rizik

219 Na osnovu datih kriterijuma procene rizika suicida postoji podela na situacije: *visok rizik / visoko spasavanje* (uperi se oružje pred članom porodice), u kome agresivno i impulsivno ponašanje može dovesti do smrtnog ishoda; *nizak rizik / visoko spasavanje* (uzimanje manje količine tableta i traženje pomoći neposredno posle toga); *visok rizik / nisko spasavanje* (vešanje u hotelskoj sobi); *nizak rizik / nisko spasavanje* (kada se površno poseče podlaktica i sakrije od drugih) može da se kategorizuje i kao samopovređivanje (Cohen, 2003: 438).

220 Uzorak se sastojao od 14.240 ljudi starosti iznad 15 godina iz Oksforda. Prema nalazima, stopa samoubistva pacijenata u prvih 28 dana nakon otpusta bila je 7,1 puta

za suicid je bio, kako je već naglašeno, u prvih mesec dana, ali i u prvoj godini posle otpusta. Moguća objašnjenja za ovakvo ponašanje su: gubitak podrške, smanjena supervizija, ponovna izloženost porodičnim problemima, prestanak uzimanja medikamentozne terapije, te da je i posle izlaska iz bolnice osoba imala psihičke tegobe. Zato je neophodna podrška u lokalnoj zajednici – u Centrima za mentalno zdravlje – i, generalno, vanbolnička psihijatrijska zaštita.

8.3 Bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija i suicidano ponašanje

Osobe sa bipolarnim afektivnim poremećajem[221] takođe su u riziku za suicid. Smatra se da jedna petina izvrši suicid, dok ga više od polovine pokuša bar jednom u toku života. Prevalenca se kreće od 2% do 5% u odrasloj populaciji. Više studija ukazuje na veći rizik od samoubistva kod osoba sa bipolarnim afektivnim poremećajem nego kod onih sa unipolarnom depresijom. Prema jednom istraživanju, pokušaji suicida (bar jednom u životu) među pacijentima sa dijagnozom unipolarne depresije kreću se od 9 do 30%, a kod bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP) do 61%. Muškarci sa bipolarnim poremećajem (I i II) imaju ozbiljnije i smrtonosnije pokušaje suicida u odnosu na žene, dok osobe obolele od bipolarnog poremećaja II koriste nasilnije i smrtonosnije metode u odnosu na obolele od BAP I (Balázs, Rihmer, 2012: 166–168).

U rizičnu grupu za suicid spadaju osobe sa dijagnozom psihotičnih poremećaja koje zloupotrebljavaju ili su zavisne od alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci (komorbiditet). Postoje istraživanja u SAD koja ukazuju na značajan komorbiditet psihičkih poremećaja sa zavisnošću od PAS.[222] Naše istraživanje na kliničkoj populaciji potvrđuje ovu povezanost. Konzumacija alkohola uslovila je učestalo agresivno ponašanje kod mu-

---

veća u odnosu na stopu u opštoj populaciji (muškaraca), a 3 puta veća kod pacijentkinja. Među muškarcima je bilo najviše onih sa dijagnozom depresije i afektivne psihoze, a najmanje shizofrenije i alkoholizma.

221 U međunarodnoj (ICD-10) i klasifikaciji američke asocijacije (DSM-IV), afektivni poremećaji podeljeni su na depresivni i bipolarni poremećaj (I i II). Bipolarni poremećaj I sadrži manične i velike/manje depresivne epizode, dok bipolarni poremećaj II karakterišu hipomanične i velike depresivne epizode.

222 Nađena je, na velikim uzorcima od preko 20.000 ispitanika, povezanost između zavisnosti od PAS sa mentalnim oboljenjima. Čak je među osobama koje su zavisne od kokaina utvrđen komorbiditet kod 76% (prisustvo nekog drugog psihičkog poremećaja), dok je alkoholizam, uz neki drugi psihički poremećaj, nađen kod 32,7% ispitanika (Bordwine Beeder, Millman, 1997: 551).

škaraca, uglavnom prema ukućanima, a potom posle trežnjenja i osećanje krivice i suicidne misli. Muškarci su češće prisilno hospitalizovani posle ovakvih epizoda. Značajna je korelacija sa određenim sociodemografskim varijablama koje su povezane i sa zloupotrebom alkohola i sa suicidnim mislima i pokušajima suicida u populaciji osoba sa dijagnozom psihoze. U pitanju su: muški pol, mlađi muškarci, žene starije od 50 godina, nezaposlenost, razvod, veći broj brakova kod žena i življenje u višegeneracijskim porodicama (Dragišić Labaš i sarad. 2011: 144–146).

Shizofrenija je povezana sa suicidnim ponašanjem, a prema nekim starijim studijama, procena životnog rizika iznosi 10%. Prema novijim podacima, dobijenim metaanalizom, rizik za suicid je 5,6% (Miles, 1977; Palmer et al. 2005. prema Nordentoft, 2012: 179–180). Rizik je češći u populaciji starijih obolelih u odnosu na mlade, ali su oboleli mladi u odnosu na mlade bez oboljenja u većem riziku. Navode se sledeći faktori rizika: mladi muškarci bele rase, socijalno izolovani sa ličnom i/ili porodičnom istorijom pokušaja suicida, neoženjeni, nezaposleni, oni koji su iskusili skoriji gubitak i sa slabom institucionalnom podrškom. Snažna je povezanost sa depresivnim simptomima, zloupotrebom PAS, strahom od mentalne dezintegracije i istorijom pokušaja suicida. Takođe se govori da je u fazi pogoršanja bolesti i prisustva psihotičnih simptoma rizik znatno veći (Nordentoft, 2012: 180).

Problemi u istraživanju povezanosti shizofrenije i BAP sa suicidnim ponašanjem su mali uzorci.[223] Takođe, u mnogim zemljama nisu razvijeni registri i ne beleže se prvi prijemi. Potrebna su istraživanja o akutnoj tranzitornoj psihozi, shizoafektivnom poremećaju i podtipovima shizofrenije, kao i istraživanje na većim uzorcima u različitim kulturama. U budućnosti se od prospektivnih studija očekuju precizniji rezultati.

Za sada je pokazano da su rana otkrivanja psihoza i brze i adekvatne intervencije uticale na smanjenje broja suicida (Nordentoft, 2012: 179; Avasthy, Banerjee, 2012: 146).

8.4 Poremećaji ličnosti i suicidno ponašanje

Poremećaji ličnosti su takođe dijagnostička kategorija koja nosi visok rizik za suicidno ponašanje. Navodi se da čak 50% osoba sa ovom dijagnozom pokuša suicid, a izvrši 25%. Najčešće su to osobe sa graničnim poremećajem ličnosti. Od 40 do 85% pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti pokuša suicid, od 69% do 75% se samopovređuje bez suicidnih

223 Mada su u dve studije na velikim uzorcima nađeni slični rezultati, i to od 5% do 6% retrospektivno za 14 godina. (Nordentoft, 2012: 179).

namera, dok oko 50% do 70% pacijenata sa istorijom samopovređivanja bez suicidnih namera u toku života pokuša ili izvrši suicid (Oumaya et al. 2008; Fertuck et al. 2006; Ludäscher et al. 2009; Janis and Nock, 2009. prema Claes et al. 2012: 280).

Prema drugim nalazima, oko 70% ispitanika sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti najmanje jednom se samopovređivalo. Oni su imali visoke skorove na skali depresije, probleme sa kontrolom ponašanja i planiranja aktivnosti u poređenju sa kontrolnom grupom u kojoj nije bilo samopovređivanja Pokušaji suicida kod muškaraca snažno su povezani sa zavisnim poremećajem ličnosti.[224] Prevalenca ovog poremećaja se kreće od 0,1 do 10,3%, dok se u kliničkoj populaciji kreće od 15 do 25%. Prema procenama, četiri puta više povećava mogućnost za pokušaj suicida u odnosu na sve druge iz C grupe poremećaja ličnosti (Cohen, 2003: 441; Claes et al. 2012: 282; Žikić, 2010: 297).

8.5 Zloupotreba i zavisnost od alkohola i suicidno ponašanje

Upotreba alkohola i suicid su dva velika javno-zdravstvena problema, čiji se odnos i ranije ispitivao kao i danas. Još je Krepelin ukazivao na povezanost između alkoholizma i suicida, dok postaje od 1960-ih postaje aktuelna tema, dokazana u više studija. Procenjuje se da je jedna trećina ubistava i samoubistava (22%) povezana sa upotrebom alkohola (Lewis et al. 2004).

Među osobama koje su izvršile suicid alkoholičari su zastupljeni od 20% do 40%. Značajan je nalaz i o prisutnosti konzumacije alkohola pre pokušaja ili izvršenog suicida kod osoba koje nemaju istoriju psihijatrijskih problema. Retrospektivne post-mortem studije nalaze da je između 36% i 54% suicida povezano sa alkoholizmom, dok druge ukazuju i na

224 Zavisni poremećaj ličnosti, koji je ranije bio poznat pod imenom astenični poremećaj ličnosti, karakteriše pervazivna psihološka zavisnost od drugih, u cilju zadovoljenja emocionalnih i fizičkih potreba. U ranijim studijama, osobe su opisivane kao „nespretne", „bespomoćne", „nesnalažljive". Milon (1969) ih naziva *submisivnim ličnostima*. Naziv zavisni poremećaj ličnosti pojavljuje se tek u klasifikaciji DSM III, 1980. (APA – Američka psihijatrijska asocijacija). Počinje u ranom odraslom dobu i ima hroničan tok. U pitanju su sledeća ponašanja: otežano donošenje svakodnevnih odluka; očekivanje da drugi preuzmu inicijativu za različite oblasti u njihovom životu; nesuprotstavljanje mišljenju i ponašanju drugih; strah od napuštanja i gubitka ljubavi; strah od samostalnosti; stalna potreba da se bude u vezi; snažno oslanjanje na partnere, roditelje; nisko samopouzdanje i učestalo trpljenje različitih vrsta zlostavljanja. Prema jednoj studiji, poremećaj je prisutniji u ženskoj populaciji, među niže obrazovanima i osobama koje nemaju partnera/ku (Žikić, 2010: 296–304).

povezanost između zloupotrebe alkohola i suicida. Takođe, među pacijentima koji su pokušali suicid nađeno je da je kasnije izvršenje suicida povezano sa upotrebom alkohola. Psihološke autopsije nalaze snažnu povezanost između upotrebe alkohola i drugih psihičkih poremećaja sa samoubistvom, dok metaanaliza 32 istraživanja ukazuje da je povezanost između upotrebe alkohola i suicida 6 puta veća među muškarcima (varijacije se kreću od 1 do 60) i čak 20 puta među ženama u odnosu na populaciju koja ne konzumira alkohol (Innamorati et al. 2012: 40–41).[225] Pod rizičnim faktorima za suicid zavisnika od alkohola smatraju se sledeći: skorašnje teško opijanje, priča o suicidu ili pretnja suicidom, slaba socijalna podrška, ukoliko zavisnik živi sam i ozbiljni zdravstveni problemi (Salloum et al. 2000).

SZO je 2001. godine istakla upravo korišćenje alkohola u Baltičkim zemljama i Ruskoj Federaciji kao značajan uzrok suicida. Prema najnovijem izveštaju SZO (2017) o upotrebi alkohola u litrima po glavi stanovnika, Litvanija ima najvišu potrošnju (18,2 l), a potom Belorusija (16,4 l), Republika Moldavija (15,9 l) i Ruska Federacija (13,9 l). Najnižu potrošnju ima Turska od 1,9 l, dok Srbija ima potrošnju od 11,8 l po glavi stanovnika (WHO, 2017: 62).

Sudeći prema nalazima, sve učestalija zloupotreba alkohola među mladima može da poveća i samopovređivanja i pokušaje suicida u ovoj populaciji, te zahteva posebnu brigu zajednice. Razlog pijenja alkohola u adolescenciji često je verovanje da supstanca *pomaže* u lakšem uspostavljanju prijateljstva i ispunjavanju važnih socijalnih funkcija, pa se pijenje u ovom periodu posmatra kao razvojno normativno ponašanje. Rizik za veću konzumaciju alkohola se povećava ukoliko se pije u grupi (vršnjaka), zatim je rizična relativno laka dostupnost, socijalna izolacija, nisko akademsko postignuće, bežanje iz škole, te nedostatak mera prevencije u školi. Jedna od studija rađenih u SAD došla je do podataka da adolescenti i mladi odrasli koji imaju generalizovana i ekstremna uverenja o pozitivnim efektima alkohola – u smislu da on podstiče socijalno ponašanje, pojačava uzbuđenost, poboljšava kognitivne funkcije, pojačava seksualnu želju – češće piju alkohol u odnosu na mlade koji nemaju ovakva očekivanja (Jung, 2001). Takođe, mladi više pozitivnih efekata očekuju od velikih količina alkohola (alkoholne intoksikacije), nego od umerenih, što ukazuje na značajan motiv za teška opijanja.

Prema nalazima, mladi koji koriste sedative, halucinogene i inhalatore, kao i mladi iz porodica u kojima se koriste droge, u većem su

225 Prema post-mortem istraživanjima, među osobama koje su izvršile samoubistvo nađen je alkohol u krvi kod: 45% Šveđana, 36 do 40% Finaca, 35–48% Estonaca, 28–29% Amerikanaca i 20% Holanđana.

riziku za pokušaj suicida. Jedan od najčešćih načina samoubistva među mladima jeste predoziranje.[226] Zavisnici od heriona su u 14 puta većem riziku za pokušaj suicida u odnosu od njihove vršnjake koji ne koriste heroin. Konzumenti PAS su, prema nalazima, izjavili da se osećaju hrabrijim pod dejstvom supstance. Alkohol je, prema jednom istraživanju, „ohrabrio" muškarce da budu agresivniji i prema drugima i prema sebi (Joiner, 2007: 195).

Prema našem istraživanju, konzumacija alkohola u adolescentskoj populaciji veoma je zastupljena i utiče na promenu raspoloženja i ponašanja (Dragišić Labaš, Ristić Dimitrijević, Ljubićić, 2017).[227] Pije čak 93,8% adolescenata, i to 91,5% devojčica i 95,1% dečaka. Najviše njih pije (40,9%) da bi se „opustili", potom „bolje komunicirali" i na kraju „pobegli od problema". Smatraju da alkohol ima pozitivne efekte jer im „pomaže" da se: „opuste", „budu veseli i euforični", „hrabriji" i da „pripadaju društvu", dok 20,5% smatra da alkohol nema pozitivne efekte. Znatno veći broj muškaraca u odnosu na devojke konzumira alkohol radi „hrabrosti".

O uticaju nepovoljnih društvenih okolnosti u Srbiji, u periodu 1991–2000, na „unutrašnje procese" (emocije, introjekciju novih idola, ideje, doživljaj sebe i drugih) i nastanak psihičkih poremećaja i suicidnog ponašanja među adolescentima, saznajemo iz jedne studije (Ćurčić, 2001. prema Dragišić Labaš, 2014). Autor navodi da su ratni sukobi i raspad bivše Jugoslavije poljuljali krhki osećaj sigurnosti i zaštićenosti adolescenata, te se prirodni haos adolescenata iskomplikovao haosom u društvu. Ukazuje i na prisutnost sledećih doživljaja kod mladih: konfuzije, straha, sumnji, beznađa, smrti, gubitaka, revolta, borbe i besa. U periodu 1990–1995. adolescenti imaju sve učestalije depresivne probleme i pokušavaju suicid. Godine 1993. povećao se broj psihotičnih dekompenzacija, sa konfuzno-paranoidno-depresivnim kliničkim slikama. Razlog ovim psihotičnim ispadima je intenzivni unutrašnji nemir, osećaj straha i nemoći, kao i rušenje spoljašnjih okvira i oslonaca. Depresivnost, koja je prirodni pratilac

226 Nalazi na uzorku od 1.200 srednjoškolaca u SAD ukazuju da je upotreba alkohola, inhalanata i marihuane visokorizična za suicidno ponašanje. Posebno se ističe povezanost sa inhalantima (Thompson, Franklin, Eggert, 2000. prema Holmes, Holmes, 2006: 47).

227 Uzorkom je obuhvaćeno 232 adolescenata (146 muškaraca i 86 devojaka), starosti od 14 do 18 godina, koji pohađaju osnovnu i srednju školu u Beogradu. Najveći broj ispitanika pije nekoliko puta mesečno i jednom mesečno (57%), i to dva do tri pića u jednoj prilici (40,5%), a preko četiri pića pije 20,9%. Najčešće se pije pivo (29,4%), potom vino (18,6%) i žestoka alkoholna pića (19,1%), kao i kombinacije različitih vrsta pića. Pije se na žurkama (52,9%) i rođendanima (32,2%). Značajan je podatak o uticaju vršnjaka i zastupljenosti tzv. *binge drinking* pijenja, jer je 53% ispitanika izjavilo da ne bi pili ukoliko bi izlazili sa društvom koje ne pije alkohol.

adolescencije, postaje narcistički nepodnošljiva i preobražava se u suprotnost – agresivnost i nasilništvo. Naglo raste zloupotreba alkohola i droga, kao i samopovređivanje kao način da se napetost i tuga pokriju „jačim doživljajem". Naročito su vulnerabilni mladi iz marginalizovanih, posebnim rizicima pogođenih grupa, kakva je prognanička populacija.

8.6 PTSP i suicidno ponašanje

Posttraumatski stresni poremećaj[228] navodi se kao visokorizičan za suicidno ponašanje. Smatra se češćim stanjem u odnosu na depresiju i zloupotrebu PAS, jer je životna prevalenca 9,2. Velika verovatnoća za javljanje traume su ratne okolnosti, mada i mirnodopske, kao što su: zarobljavanje, fizičko zlostavljanje, kidnapovanje, silovanje, prirodne katastrofe i saobraćajne nesreće. Žene su ređe izložene nekim vrstama traumatskog iskustva, te je zato više muškaraca sa ovim poremećajem. Događaji povezani sa javljanjem PTSP među ženama su silovanje i seksualno zlostavljanje u detinjstvu, a među muškarcima ratne okolnosti, saobraćajne nesreće i prirodne katastrofe (Lopičić i sarad. 2009: 261, 264; Marvasti, Anwar, 2012: 44).

Različiti simptomi PTSP su povezani sa *ličnošću*, kao i porodičnom i sistemskom podrškom. Najčešće su prisutni simptomi straha, depresije, povišene razdražljivosti, ponovnog preživljavanja traume, kao i problemi u socijalnom i profesionalnom funkcionisanju. Česti su poremećaji sna, pa čak, prema nalazima, i 40 godina posle traume. Istraživanja ukazuju na učestalost ovog poremećaja kod ratnih zarobljenika, ratnih veterana, ali i izbeglica koje su imale traumatska iskustva pre imigracije. Veliki broj istraživanja o povezanosti PTSP i suicida nastao je posle Vijetnamskog rata. Povezanost PTSP sa suicidom kod ratnih veterana opisana je u delu knjige *Vojnici i ratni veterani i suicidno ponašanje.*

228 Posttraumatski stresni poremećaj (oblik stanja straha) nastaje kao reakcija na tešku traumu u kojoj je osobi bio ugrožen život ili je bila svedok nečije traume ili smrti. Obično nastaje u periodu od 6 meseci od događaja, mada se može javiti i kasnije. U početku mogu da se jave jedan do dva simptoma PTSP, a kasnije i da se razvije teži poremećaj, tako da, prema nekim autorima, i ne postoji ograničeno vreme (Lopičić i sarad. 2009: 261, 264). Poremećaj je najpre primećen među vojnicima u rusko-japanskom ratu (1904–1906) i opisan kao ratna neuroza, ali su tada prvi put vojnici dobili psihijatrijsku pomoć. Prema istraživanjima, javlja se kod manje od 50% veterana, ali se naglašava da javljanje simptoma može da se dogodi čak i posle više godina. Navode se primeri PTSP flešbekova – ponovno preživljavanje traumatskog događaja se ispoljavaju na način da veteran može da vidi, čuje, ima ukus i oseća dodir i doživljaj kretanja (kinestetički flešbek) (Lopičić i sarad. 2009: 261–263; Marvasti, Anwar, 2012: 45–47).

8.7 Psihički poremećaji, socijalni kontakti i suicidno ponašanje

Poznato je da osobe sa psihičkim problemima često imaju manje razvijene socijalne mreže, doživljavaju distancu i diskriminaciju, što može biti značajan faktor suicidnog ponašanja. Važno je istaći da su neki psihički poremećaji više povezani sa gubljenjem socijalnih kontakata, sve do socijalne izolovanosti. Takav je granični poremećaj ličnosti, a neadekvatno ponašanje osoba (često verbalno agresivno) uslovljava izbegavanje kontakata i distancu drugih. Ove osobe mogu biti doživljene kao manipulativne, pa se čak tako shvataju i njihova samopovređivanja. Ljudi sa dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti, koga karakterišu dugogodišnji *burni* odnosi sa drugima, emocionalna labilnost i slaba kontrola impulsa, najčešće su i socijalno isključeni (Joiner, 2007: 185).

Kod bipolarnog afektivnog poremećaja, manična faza, koja može biti povezana sa većom verbalnom i fizičkom agresivnošću, utiče na smanjenje socijalnih kontakata, kao što velika depresija zbog samopovlačenja, osećanja neefikasnosti, niskog samopoštovanja, tuge i bezvoljnosti utiče na smanjenje socijalnih kontakata. Smanjene socijalne kontakte imaju i osobe koje pate od paničnih poremećaja, jer ređe izlaze iz kuće zbog straha (posebno se odnosi na agorafobiju), što povećava verovatnoću za suicid (Isto, 195–199).

Sledeća dijagnostička grupa koja je rizična za suicid zbog gubitaka socijalnih kontakata, a usled neadekvatnog ponašanja prema drugima (i prema sebi), jesu zavisnici od alkohola.[229] S razvojem alkoholizma dolazi do poremećaja i zamena različitih dotadašnjih uloga (porodičnih, bračnih, profesionalnih, društvenih), te zavisnici *na kraju* ostaju i bez uloga i bez socijalnih kontakata. Gubici se mogu nadoknaditi tek u procesu lečenja, ali s obzirom da se samo jedna trećina zavisnika leči od alkohola, rizici za suicidno ponašanje u ovoj grupi ostaju visoki. Međutim, rizici za suicidno ponašanje ostaju i kada zavisnici uđu u proces lečenja.

Prema našem istraživanju, 61% ispitanika (zavisnika u procesu lečenja) doživelo je najveće nerazumevanje, distancu, kao i potpuni prekid kontakta sa drugima kada su počeli da se leče od alkoholizma.[230] Razlozi za prekid socijalnih kontakta su lečenje u psihijatrijskoj bolnici i lečenje

229 Tako alkoholičar sa razvojem zavisnosti gubi ulogu supružnika/partnera i roditelja, kao i ulogu u široj socijalnoj sredini. Zbog nespremnosti za deljenje, aktivno i dosledno angažovanje, zajedništvo i emocionalno ulaganje postaje *neko na koga se ne računa* (Stojković, 2003).

230 Naveli su, po sledećem redosledu, mesta i ljude od kojih su to doživeli: na poslu (kolege, poslodavac); u socijalnoj sredini (poznanici, prijatelji, kumovi); u široj porodici (rođaci); u užoj porodici (suprug, supruga).

od alkoholizma, ali najčešće i jedno i drugo. Ispitanici su naveli da su ih odbacili, osim za njih značajni drugi, i oni koji su im nekada bili „značajni", a to su alkoholičari sa kojima su pili. Ova vrsta odbacivanja ih nije pogodila, za razliku od prve, što se moglo i očekivati, jer terapijski zadaci ili pravila ponašanja u apstinenciji nalažu da se apstinenti ne druže sa ljudima koji piju, bar u prvih godinu dana lečenja (Dragišić Labaš, 2012).

Suicidno ponašanje je, prema psihijatrijskom razumevanju, najčešće povezano sa nekim mentalnim poremećajem, psihičko oboljenje nije sinonim za samoubistvo, jer veliki broj obolelih niti pokuša suicid, niti ga izvrši. Ipak, preporučuje se procena suicidnog rizika kod osoba obolelih od psihičkih poremećaja, a posebno depresije, psihoza i alkoholizma. Komorbiditet je još rizičniji za suicid, pa se utvrđuje prisustvo dva ili više poremećaja. Takođe je važno da se kod osoba koje imaju suicidne misli proceni da li postoji neki mentalni poremećaj.

9. Biološko i biološko--psihijatrijsko (psihološko) razumevanje suicida (genetika i neurobiologija)

U ovom delu teksta biće sasvim kratko predstavljena neka istraživanja povezanosti bioloških markera sa suicidom, jer nije moguće dati adekvatna objašnjenja bez poznavanja neurologije i neurobiologije. Stoga su objašnjenja pojednostavljena i primerena studentima humanističkih nauka.

Biološki orijentisane studije iz 19. veka objašnjavale su samoubistvo patološkim promenama na nekim organima, kao npr. jetri i slezini, dok su patološko-anatomska ispitivanja služila da potvrde postojanje određenih elemenata koji su važni za endogenu motivaciju suicida. Kasnije studije se bave biohemizmom depresije i povezanošću sa samoubistvom, kao i genetikom suicida. Rađene su studije moždanog tkiva, biohemijskih markera i funkcija endokrinog sistema. Novija istraživanja ističu značaj bioloških faktora, ali ih ne smatraju dovoljnim za objašnjenje ovako kompleksne pojave.[231]

231 Da bi se realizovao suicid važna je interakcija genetskih i faktora iz okruženja. U pitanju su sledeći činioci: istorija suicidnog ponašanja, zloupotreba supstanci, veći broj hospitalizacija u godini protekloj pre suicida, strah od pogoršanja bolesti, gubitak nade u poboljšanje i verovanja da lekovi i terapija ne mogu da pomognu, socijalna izolacija i odbacivanje od strane drugih ljudi (Goldney, 2008: 27–28).

Smatralo se da sve osobe koje su izvršile suicid imaju psihijatrijsku dijagnozu, a najčešće su to: depresija, alkoholizam, shizofrenija (zastupljenije u populaciji starijih), poremećaj ličnosti i zloupotreba droga (zastupljeniji među mladima). Prema ranijim nalazima, osam puta je veći suicidni rizik kod srodnika prvog stepena obolelih od mentalnih bolesti u odnosu na one suicidne koji nemaju srodnike sa psihičkim poremećajem. Dokaze o značaju genetike za samoubistvo daju ranije genetske studije, koje su se bavile ispitivanjem suicidnog ponašanja među blizancima koji su odvojeni posle rođenja i utvrdile veću usaglašenost u ovakvom ponašanju kod monozigotnih (13,2%) u odnosu na dizigotne blizance (0,7%) (Schallgruber, 1823; Aragon, 1971. prema Milčinski, 1989: 1049; Kaplan, Sadock, 1989. prema Jakulić, 1994: 323–324, 328).

Novije studije takođe ukazuju da je samoubilačko ponašanje kod blizanaca vezano za genetiku. I dalje su aktuelna razmatranja o neurohemiji i suicidu. Post-mortem studije nalaze povezanost disfunkcije noradrenergičkog i dopaminergičkog sistema sa suicidnim ponašanjem, kao i disbalansa u prometu dopamina i serotonina.[232]

Ispituje se i povezanost nižeg nivoa 5-HIAA[233] u cerebrospinalnoj tečnosti sa samoubistvom. Međutim, povezanost između nižeg 5-HIAA, samoubistva i poremećaja raspoloženja nije nađena u svim studijama. U post-mortem studijama odnos između transmisije serotonina i suicida smatra se složenijim i vezuje za impulsivnost, što znači da transmisija serotonina ne mora da bude direktno povezana sa nastankom psihičkog poremećaja ili samoubistvom, nego posredovana povećanom impulsivnošću. Takođe se navodi i visoka osetljivost 5HT2A[234] receptora u prefrontalnom korteksu kod osoba koje su izvršile suicid u odnosu na one koje nisu. Na

232 Serotonin se smatra glavnim transmiterom kontrole ponašanja. Glavne uloge serotoninskih receptora su: kontrola uzimanja hrane i pića, održavanje vegetativnih funkcija, regulacija spavanja, kontrola impulsivnosti (inhibira agresivno ponašanje), bolja percepcija i supresija seksualne aktivnosti. Dopamin je neurotransmiter mezolimbičkih struktura. Dopaminski sistemi važni su u: organizaciji složenih oblika ponašanja, motivaciji, sistemu nagrade i prijatnosti, za ponašanje usmereno ka cilju (Teftedarija, Šmitran, 2015: 4–6).

233 Niži nivo 5-HIAA (hidroksiindolsirćetna kiselina) je glavni metabolit serotonina. Niži nivo 5-HIAA (hidroksiindolsirćetna kiselina) smatra se biohemijskim prediktorom suicida. Istraživanja dokazuju da je niži nivo ovog biohemijskog markera povezan sa suicidom izvršenim nasilnijim metodama. Međutim, druga istraživanja nalaze povezanost između niske koncentracije 5-HIAA i istorije agresivnog ponašanja kod poremećaja ličnosti, nezavisno od suicidnog ponašanja, ili povezanost samo sa impulsivnom agresijom (Goldney, 2008: 32).

234 5-HT2A (5– hidroksitriptaminski receptor 2A) je tip 5-HT2 receptora koji pripada serotoninskoj receptorskoj familiji G protein-spregnutih receptora. Zastupljen je u mozgu, a njegova visoka koncentracija (u apikalnim dendritima piramidalnih ćelija u sloju V korteksa) modulira kognitivne procese (Mann, Curier, 2012: 300).

PET skeneru (pozitronska emisiona tomografija)[235] nađen je deficit serotonina u određenim regijama mozga kod osoba sa impulsivnom agresijom u odnosu na kontrolnu grupu i povezanost između samoubilačkih namera i impulsivnosti sa aktivnošću mozga u delovima prefrontalnog korteksa (Goldney, 2008: 31–32; Mann, Curier, 2012: 300–304).

Istraživanja[236] disfunkcije hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežne osovine (HPA) ukazuju na moguću povezanost sa povećanim rizikom za nastanak depresije i suicidnog ponašanja. Kortikotropin – oslobađajući hormon (CRH – *corticotropin releasing hormone*) predstavlja ključnu komponentu HPA ili neurotransmiter koji učestvuje u odgovoru organizma na stres. Više hormona čini HPA, a njihov prekomeran rad ili neaktivnost smatraju se rizičnim faktorima za suicidno ponašanje. Prema jednom istraživanju, disregulacija u HPA osi primećena je kod 60% osoba koje su bile depresivne i izvršile suicid. Navodi se da određeni pojedinci imaju genetsku predispoziciju da reaguju na stres povećanjem HPA aktivnosti (DeJong, Overholser et al. 2010. prema Teo et al. 2012: 329–333; https://sr.wikipedia.org/sr-el/Kortikotropin-oslobađajući_hormon). CRH učestvuje u regulaciji HPA ose i sadrži dva važna receptora (CRHR 1, CRHR 2). Smatra se značajnim faktorom u nastanku kliničke depresije. Disfunkcija u ovim receptorima, a posebno CRHR 1, utiče na suicidno ponašanje. Ovaj hormon se oslobađa pri adaptaciji pojedinca na stres. U inicijalnoj fazi adaptacije, CRH deluje direktno u roku od nekoliko sekundi na više centralnih delova mozga. Kortizol dovodi do većeg broja promena – kognitivnih, psiholoških, imunoloških (Teo et al. 2012: 334, 336).

Najsnažniji pokretač depresivnih epizoda je psihosocijalni stres koji proizlazi iz životnih događaja. Intenzivni ili hronični stres utiče na povećanje hormona stresa, te takvo stanje utiče na aktivnost HPA i dovodi do kontinuirane hiperaktivnosti. Fiziološki pokazatelji potvrđuju neurobiološke i neuroendokrine promene povezane sa hroničnim stresom i depresijom.[237] Stepen aktivacije HPA ose je drugačiji kod svakog pojedinca, a uslovljen je

235 Dijagnostička metoda koja detektuje metabolizam unutar telesnih tkiva: https://sr.wikipedia.org/sr-el/Pozitronska_emisiona_tomografija (pristupljeno 22. 9. 2017).

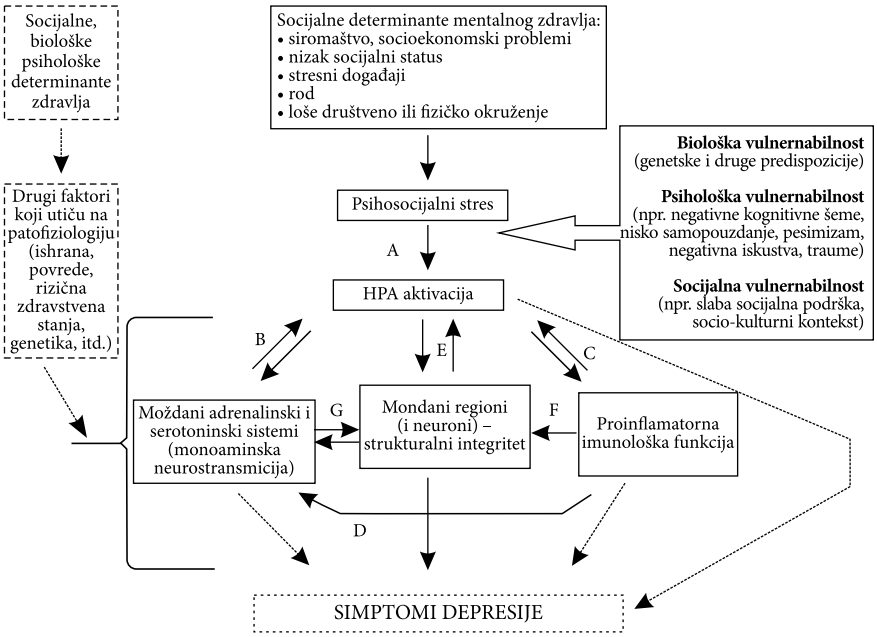
236 Hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežna osovina (HPA) je složen set direktnih uticaja i povratnih interakcija između hipotalamusa, hipofize i nadbubrežne žlezde. HPA je glavni deo neuroendokrinog sistema koji kontroliše reakcije na stres i reguliše mnoge telesne procese: varenje, imuni sistem, raspoloženje, emocije, seksualnost, skladištenje i potrošnju energije. To je zajednički mehanizam za interakciju između žlezda, hormona i delova međumozga koji posreduje opšti adaptacioni sindrom (https://sr.wikipedia.org/sr-el/Hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežna_osovina, pristupljeno 22. 9. 2017).

237 Hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežna osovina reguliše odgovor organizma na stres. Kao posledica dugotrajnog stresa nastaje odumiranje neurona u hipokampusu i limbičkom sistemu, a najvažniju ulogu u njihovom preživljavanju ima neuropro-

fiziološkim razlikama i razlikama u tipu i percepciji stresa. Aktivnost HPA ose je genotipski određena, ali može da se promeni u prenatalnom periodu i pod uticajem negativnih ranih životnih događaja (npr. zlostavljanje). U prenatalni stres spada: stres majke u periodu trudnoće, zatim mala telesna težina deteta, dok se pod hemijskim stresom podrazumeva konzumacija cigareta od strane majke u prenatalnom periodu. Navedeni faktori utiču na predisponiranost za depresiju u kasnijem životnom dobu, preko hiperaktivacije u HPA osi. Ovakva razmatranja interakcije između biopsihološke vulnerabilnosti, uzrokovane različitim biološkim, emotivnim, kognitivnim, ekološkim i društvenim faktorima i stresorima, sve su zastupljenija u literaturi. U pitanju je biopsihosocijalni pristup (stres-dijateza) u objašnjavanju nastanka depresije (Roy, Campbell, 2013: 171, 176).

U Tabeli broj 1 prikazana je povezanost glavnih fizioloških mehanizama depresivnih poremećaja sa socijalnim i psihološkim determinantama.

Tabela br. 1. Okvir za integraciju glavnih fizioloških mehanizama depresivnih poremećaja sa socijalnim i psihološkim determinantama (Roy, Campbell, 2013)



tektivni protein BDNF. U serumu depresivnih bolesnika nađeno je smanjenje ovog proteina (Teftedarija, Šmitran, 2015: 30).

10. Filozofska razumevanja čoveka, smrti, smisla života i samoubistva

Filozofske debate o suicidu, koje traju vekovima, nisu dale jasne odgovore, već postoje različite perspektive[238] iz kojih može da se posmatra ovaj složen problem. Upravo zato što je u pitanju zagonetan i uznemiravajući fenomen, koji se javlja u svim društvima i kulturama, samo u različitim okolnostima i životnim ciklusima, nije moguće dati *lake* odgovore. Samoubistvo može da se posmatra iz tri perspektive: moralističke (Platon, Aristotel, Spinoza, Kant); libertarijanske[239] (Zenon i stoička škola, Hjum, Tomas Mor, Dan, Barton, Prado, radikalni libertarijanski filozofi) i relativističke[240] (Khan, Mian, 2010: 288–290).

Istorijski gledano, stari Grci su bili protiv samoubistva, ali su prvi pokazali razumevanje za neka samoubistva i oduzimali sebi život ukoliko su postojali „najbolji mogući razlozi" za to. Najčešće su u pitanju bili – tuga,

238 Iz npr. etičke perspektive, suicidno ponašanje može da se razmatra kao konflikt između lične autonomije i društvene odgovornosti pojedinca. Samoubistvo može da se koncipira i kao moralno neprihvatljiv fenomen koji treba, ukoliko je moguće, sprečiti, kao i lični izbor, kada su u pitanju abortus i eutanazija (Khan, Mian, 2010: 288).

239 Pojedinac ima pravo na slobodu izbora i kada je u pitanju samoubistvo. Samoubistvo se shvata kao izbor i racionalan i proračunat cilj.

240 Zastupnici relativističkog pristupa samoubistvu određuju ovaj čin kao „pravičan ili pogrešan", uzimajući u obzir situacione i kulturne varijable. Ukoliko se uzmu u obzir utilitaristički principi, onda se odluka o samoubistvu procenjuje i donosi u zavisnosti od toga „šta je najbolje za društvo", u smislu *cost-benefit* analize korisnosti.

visoka patriotska načela i očuvanje časti, staračka oronulost, odanost religijskoj ideji, griža savesti... Svaka velika filozofska škola tog doba imala je svoj stav prema suicidu, koji se kretao od odobravanja (epikurejci i stoici), do suprotstavljanja (pitagorejci).

Za Platona (Πλάτων, 427–347) je samoubistvo bilo zabranjen čin u nekim situacijama, ali isto tako dozvoljen u drugim. Tako je samoubistvo uvreda za društvo sve dok život ne postane *neumeren*, što podrazumeva pojavu teške bolesti i nepodnošljivo ograničenje slobode. Zato se u Atini i grčkim kolonijama gajila biljka kukuta koja je služila u svrhu plemenitih samoubistava, dok su se dozvole za ovakva samoubistva mogle dobiti od Senata. Platon je smatrao da tela samoubica, koji nisu izvršili suicid zbog *neumerenog* života, treba sahranjivati bez počasti, ceremonija i podizanja spomenika. Vojnika koji izvrši suicid Platon je smatrao dezerterom. Aristotel (Αριστοτέλης, 384–322) nije odobravao samoubistvo, takođe naglašavajući da je to uvreda za grčko društvo, a čovek je sluga svoje države. Samoubistvo je, prema njemu, krivično delo pojedinca protiv države[241] (Holmes, Holmes, 2006: 18; Alvarez, 1975; Khan, Mian, 2010: 289).

Drugi filozofi zastupaju liberalniji stav prema samoubistvu. Seneka (Seneca, 4–65) je govorio da mudar čovek živi dokle bi trebalo, a ne onoliko koliko bi mogao. Grčki stoici su prihvatili Platonov stav odobravanja samoubistva u nekim situacijama, ali više sa fokusom na osećanju unutrašnje nepodnošljive prinude za izvršenjem samoubistva, koje treba izvršiti sa stilom, hrabrošću i dostojanstvom. Prema njima, čovek počinje da umire čim se rodi. Epikurejci i stoici su smatrali da čovekova sloboda počiva na moći lične odluke o životu i smrti. Život treba čuvati samo ukoliko je dobar, što podrazumeva da donosi više zadovoljstva nego bola, i da je u skladu sa ljudskim dostojanstvom i razumom. Tomas Mor (More, 1477–1535) takođe zastupa slično gledište, naglašavajući da pojedinac treba da odlučuje o sopstvenoj sudbini, a ukoliko mu je život postao nepodnošljiv može da ga *oduzme*, dok su Don i Barton smatrali da Bog oprašta osobama koje su izvršile suicid i da treba biti tolerantan prema žrtvama (Holmes, Holmes, 2006: 15; Minoa, 2008; Alvarez, 1975; Jalom, 2007: 11; Khan, Mian, 2010: 290).

Dejvid Hjum (Hume, 1711–1776) odbacuje sve argumente protiv samoubistva, kao što su tvrdnje da je samoubistvo protivno našoj dužnosti prema bogu, bliskim ljudima i samima sebi. Samoubistvo, prema njemu, nije nikada moralno neprihvatljivo. Suprotno od Hjuma, Kant (Kant, 1724–1804) smatra da je samoubistvo nemoralno, čak i ako je život postao toliko loš da je u potpunosti prestao da bude zadovoljstvo.

241 Spinoza (Spinoza, 1632–1677) u 17. veku, oslanjajući se na ideje Platona i Aristotela, ukazuje da je „osnova vrlina da se sačuva jedno biće".

Samoubistvo je kršenje vrhovne dužnosti koju imamo sami prema sebi (Benatar, 2010: 305).

Radikalni libertarijanski pristup naglašava pravo čoveka na izbor i na donošenje odluke o samoubistvu u posebnim životnim okolnostima, recimo – da bi se izbegli bol i nezadovoljstvo, a takođe se zalaže se za dekriminalizaciju suicidnog ponašanja i legalizaciju prakse eutanazije.

10.1 Samoubistvo kao „ljudsko pravo" i lični izbor

10.1.1 Fukoovo shvatanje samoubistva

Stav da je samoubistvo pravo i lični izbor, bez obzira na zdravlje i blagostanje, zastupao je Mišel Fuko. Fuko (1976: 120–122) ukazuje na to da je samoubistvo, ili privatno pravo na smrt, ranije smatrano zločinom jer je bilo protiv prava vladara (*koji je bio na zemlji ili na nebu*). Kasnije je društvo u kome politička vlast upravlja životom „postalo zapanjeno"[242] ovakvim ponašanjem (samoubijanjem). Ranije su vladari imali pravo oduzimanja, i to: stvari, vremena, tela, kao i života. Oni su imali pravo da se brane ili da traže da ih brane ubijajući druge. Danas je vlast uzela ulogu upravljanja životom. Ratovi se više ne vode u ime vladara već u *ime života* svih ljudi, „celi narodi se pokreću na međusobno ubijanje u ime potrebe da prežive", te se „vlast postavlja i vrši na ravni života vrste, rase i pojava koje se tiču stanovništva uopšte". Vlast više ne ubija nego „obuhvata život sa kraja na kraj",[243] tako da je staro gospodarenje smrću (moć vladara) zamenjeno proračunatim upravljanjem životom. Ipak, vlast je ograničena „ličnom" smrću kao „najprivatnijom tačkom postojanja".

---

242 Fuko (u jednom intervjuu iz 1971. u kome je učesvovao i Čomski) ukazuje da živimo pod režimom klasne diktature i klasne moći koja je nametnuta nasiljem. Politička moć „seže mnogo dublje nego što se misli". U održavanju političke moći učestvuju institucije, pa i medicinske, koje treba da se bave zaštitom i brigom, a posebno je zabrinjavajuće kada su u pitanju psihijatrijske ustanove. Stoga su klasifikacije ludila napravljene da bi se jedan broj ljudi isključio iz društva (Čomski, Fuko, 2011: 56–58, 76).

243 U 17. veku kraljevo telo je bilo „politička stvarnost", jer je njegovo fizičko prisustvo bilo neophodno za funkcionisanje monarhije, dok u 19. veku „telo društva postaje novo načelo". Društveno telo je „materijalnost moći koja se sprovodi na telu pojedinca". Tako je npr. veliku paniku u institucijama društvenog tela izazvala ideja o vanbračnoj zajednici ili abortusu. Takvo društvo treba *zaštititi* na način koji je skoro medicinski, znači primenom terapija „kontrolom zaraznih, odstranjivanjem bolesnika, isključivanjem prestupnika". Za funkcionisanje kapitalističkog društva početkom 20. veka bili su potrebni „strahoviti disciplinski režimi" sa kojima se susrećemo u školama, zgradama, porodicama, kasarnama, bolnicama... (Fuko, 2012: 61–63).

10.1.2 Benatarovo razumevanje samoubistva

Benatar (2010: 307–328) zastupa jedno od radikalnijih savremenih pristupa pitanju samoubistva iz filozofske perspektive. Za njegov rad je karakterističan *antinatalizam* – negativna evolucija rođenja i izlaganje argumenata protiv prokreacije kao moralno problematične, te je bliži pesimističkoj i nihilističkoj filozofiji. Njegov rad je zanimljiv u ovom kontekstu kao specifičan primer stava prema suicidu, koji uključuje kritiku evolucione ideologije o prokreaciji i prednosti optimizma.

Autor podržava stav da čovek ima pravo da se ubije. Smatra da je samoubistvo racionalan čin, češće nego što mislimo, i da je ponekad moralno prihvatljivo, te da su neki ljudi potcenili kvalitet života, ali da je veća greška preceniti njegov kvalitet. Naglašava da niko od nas nije imao izbor, tj. nije odlučio da se rodi, i da je zato važno da imamo opciju kada ćemo umreti. Ovaj faktor kontrole je poželjan, ne samo u najtežim situacijama, nego i uslovima *manje patnje*.[244] Poziva se na argument epikurejaca da smrt sama po sebi nije loša. Iako su neke kulture prihvatile samoubistvo, pa ga čak posmatraju i kao vrlinu u nekim situacijama, u većini Zapadnih kultura samoubistvo je uglavnom ili moralno osuđivano ili smatrano patologijom. Benatar smatra da je ovakav pogled relativno tačan, i pored toga što je samoubistvo skoro uvek tragično, treba manje da osuđujemo one koji to učine.

Kritikuje mnoge analitičke filozofe koji navode samo dve situacije vezane za samoubistvo koje su vredne diskusije, dok se suicid u svakom drugom slučaju smatra pogrešnim. U pitanju je razmatranje da li je samoubistvo „moralno prihvatljivo" (razmatrano u kontekstu neizlečivih bolesti ili neizdržive patnje) i da li je u pitanju „nepovratan gubitak dostojanstva". Samoubistvo je tema za diskusiju uvek kada neka osoba smatra da je njen život neprihvatljiv teret, bez obzira što drugi ljudi misle da ta situacija nije toliko teška. Kaže da su za svakog čoveka različite stvari neprihvatljive, te da ne treba razmišljati da li je samoubistvo ikada potrebno, nego da li je ponekad racionalnije od nastavka života. Benatar se bavi pitanjima legalizacije suicida i uslovima pod kojima ono treba da se odvija. Fokus je na etičkoj i racionalnoj evaluaciji suicida (Isto, 307–328).

Autor se ne slaže sa stavovima nekih filozofa, kao npr. da je *„samoubistvo isto što i ubistvo"*, da je *„samoubistvo iracionalan čin"*, da je *„neprirodan čin"*, da je *„kukavičluk"*, da su *„samoubice sebične"* i da se ne treba ubijati jer je *„smrt konačna i nepovratna"*, i izlaže svoje protivargumente.

244 U pitanju su: manji fizički problemi, lakše psihičke tegobe, manji problemi zavisnosti od drugih, kao npr. hranjenje i održavanje lične higijene.

Tako, ukoliko postoji pravo na život, ono sadrži i dozvolu da se umre. Znači, onaj ko ima to pravo sposoban je da donese odluku da se tog prava i odrekne. Iznosi takođe protivargumente za stav da „ljudi nisu sposobni da donesu odluku o samoubistvu jer je samoubistvo iracionalno", što, prema autoru, znači da se svako ko donese ovakvu odluku ne smatra sposobnim za donošenje odluke. Ako je tačna tvrdnja da samoubistvo nije racionalan izbor, to podrazumeva da život nikada ili skoro nikada nije toliko loš da neko želi smrt, već samo nastavak života u tom stanju. Smatra da je ovakvo gledište više dogma nego razuman odgovor na širok spektar ljudskih stanja u kojima čovek može da se nađe. Protiv je mišljenja da je „samoubistvo neprirodan čin"[245] jer je blisko povezano sa tvrdnjom da je iracionalno i suprotno od prirodnog instinkta za nastavak života. U tom slučaju, autor postavlja pitanje – šta je sa lečenjem ljudi ako smrt treba da se prirodno dogodi? Zašto se lečenjem produžava? Prema njemu, spasavanje života takođe je moralno problematično, zato što menja sudbinu osobe u drugom pravcu, umesto da umre, čovek ostaje živ, tako da je ovaj argument apsurdan (Isto, 307–328).

Tvrdnja da je „samoubistvo kukavički čin" jer osoba koja se *samoubija* nema hrabrosti da se suoči sa teretom života i bira lakši put, za Benatara nije prihvatljiva. Ako osoba koja razmišlja o samoubistvu odluči da je smrt manje loša nego nastavak života pod određenim okolnostima, ne znači da je to za nju lako. Oni koji optužuju ove ljude za kukavičluk ne razumeju koliko je to težak čin za njih. Samoubistvo je teško zato što želja za životom postoji i kod ljudi koji sebi oduzmu život. Mnogi koji izvrše suicid želeli bi da nastave život, ali ukoliko život ne bi bio toliko težak. Da bi ga izvršili moraju da prevaziđu sopstvenu volju za životom, što nije lako. Zbog toga nije iznenađujuće što više ljudi razmišlja o samoubistvu nego što ga pokuša, i da postoji više pokušaja od izvršenih suicida. Uzevši u obzir rešenost za oduzimanjem sopstvenog života, u kombinaciji sa težinom situacija, može se smatrati da je samoubistvo nekada hrabriji čin od ostajanja u životu (Isto, 307–328).

Mišljenje da su „ljudi koji izvrše suicid sebični" jer ne uzimaju u obzir interese drugih ljudi i krše dužnost koju imaju prema drugima, Benatar takođe osporava. Smatra da se ovaj argument posebno ističe kada članovi porodice i prijatelji doživljavaju duboku patnju zbog samoubistva bliske osobe. Za njih je ovo gori način od svih drugih načina na koji mogu da izgube dragu osobu. Ipak, članovi porodice i prijatelji ne treba da očekuju od nekoga da ostane živ ako se on/ona nalaze u

245 Zastupnici ovog stava smatraju da je samoubistvo „neprirodan čin" jer smrt nastupa pre nego što bi se prirodno dogodila.

situaciji bola i degradacije, samo da bi bili živi. U takvim situacijama čovek nije u stanju da ispunjava većinu dužnosti koje ima prema drugima. U ovim slučajevima je sebično insistirati da osoba ostane živa. Interesi drugih ljudi ne treba da budu ključni za neizvršenje samoubistva. Stav da je „smrt konačna i nepovratna" je, prema nekima, razlog zašto ne treba izvršavati samoubistvo. Protivnici samoubistva smatraju da uvek postoje druge opcije, da može da se uživa u životu i pored problema, te da postoje mogućnosti za promene, a kada se neko ubije nema više opcija. Benatar kaže da samoubistvo ne može da se smatra neprihvatljivim zato što je nepovratan čin. Ono je prihvatljivo i kad nije u potpunosti izgubljena nada. Argumenti protiv samoubistva su važni jer mnogi kažu da je samoubistvo uvek pogrešno. Međutim, po Benatarovom mišljenju, samoubistvo je češće dozvoljeno i razumno nego što ljudi misle (Isto, 307–328).

10.2 Samoubistvo nije „lično pravo" i „dobra opcija"

Hekt (Hecht, 2013: 11–13) smatra da su potrebni argumenti za suprotstavljanje uverenjima da je samoubistvo moralno neutralan čin, pa čak i pravo svakog pojedinca. Tako navodi mišljenja filozofa sa kojima se ne slaže (navodi kao primer Fukoa), kao i drugih ljudi koji nisu profesionalci, a koji odobravaju samoubistvo. Podržava mišljenje Vitgenštajna (Wittgenstein, 1889–1951), koji je izložio „originalnu ideju da moralnost počinje odbacivanjem samoubistva". Iako religija ima snažan uticaj na jedan broj ljudi da ne počine suicid, potrebni su sekularni argumenti. Naglašava da čovek ne može da odluči da ne oseća bol i da ne razmišlja o samoubistvu, ali može da odabere da to ne učini. Od velike je koristi „da odluči da samoubistvo nije prava opcija". Inače, ovo razmatranje se, pre svega, odnosi na *samoubistva iz očaja*. Dakle, prema autoru, postoje dobri sekularni razlozi za neizvršenje suicida, a argumenti se nalaze u više studija u kojima je nađeno da se najveći broj osoba koje su pokušale suicid (i spasene su) kajalo ili bilo srećno jer su ostali živi, te da većina tih osoba više nije pokušala suicid.

Hekt (2013: 11–13) smatra da je za ljude koji imaju suicidne misli dobro da prihvate *„zakletvu odanosti postojanju"* i da odbace samoubistvo sa istom moralnom jasnošću kojom odbijaju ubistvo. Navodi i praktičnu korist od izlaganja i prihvatanja ovakvih ideja, tj. da su doprinele tome da se studenti (kojima je predavao), kako su sami naveli, „osećaju sigurnije".

10.2.1 Okrenuti „tragače za apsurdima“ ka životu

Jovan Striković (1996), neuropsihijatar koji je razmatrao samoubistvo iz filozofske perspektive, smatra da proučavanjem fenomena samoubistva dolazimo do saznanja o samom čoveku. Takođe navodi da neki ljudi imaju apsurdne ideje[246] i da je važno prepoznati ih jer one vode ka suicidu. Takvog čoveka treba „okrenuti ka drugim stazama“, ka životu. Ovakva razmatranja su značajna i u psihoterapiji suicida. Stoga ovu studiju, i generalno filozofsku literaturu, smatramo veoma značajnom za rad sa klijentima koji imaju suicidne misli ili su pokušali suicid. Zato će dalje u tekstu studija biti detaljnije opisana.

Striković prihvata teoriju o multifaktorijalnoj uzročnosti suicida i podeli na endogene i egzogene činioce, ali ističe značaj podele (po Milčinskom, 1989) endogenih činilaca na psihotične i nepsihotične. Kod nepsihotičnih činilaca dominantan je socijalni faktor. Autor opisuje „apsurdnu ličnost“ kao visokorizičnu za suicid. Navodi značajne misli filozofa i dalje ih razvija u *pravcu* nalaženja smisla življenja, na primer, da je Sizifov posao (misli se na „Mit o Sizifu“ Alberta Kamija (Camus, 1913–1960)) u stvari život. Život sadrži nove ideje, misli i želje da se kamen „dogura do vrha“. To nije nimalo lako, ali ako se prihvati da život jeste Sizifov posao, nalazi se drugi način pristupa teškoćama. Takođe navodi Senekine reči da treba uživati u onome što imamo, bez poređenja sa drugima, te stoga „nikada neće biti srećan, onaj koga muči srećniji“ (Striković, 1996: 22, 217).

Ljudi su različiti, te jedan broj ne odustaje i kada su u pitanju *nesavladive* teškoće, a ako ih reše postaju još hrabriji u suočavanju sa njima i želji da postignu veći uspeh. Drugi neće ni pokušati da se izbore sa najmanjim teškoćama, pasivniji su i teške situacije ih čine još slabijim. Ono što autor smatra važnim kao upozorenje, ili *alarm fenomen*, jeste kada čovek dođe u stanje ravnodušnosti prema životu i smrti. U takvoj situaciji je dovoljan jedan događaj, koji ako je negativan može voditi ka suicidu, a ako je pozitivan može okrenuti osobu u drugom pravcu, od suicida ka životu, tako da je uzrok samoubistva stanje u kome negativni nagon[247] dostigne

---

246 Apsurd ne znači besmisao, već je za samoubicu smislen jer za njega apsurd znači nedostatak smisla. Apsurd je nesklad između čoveka i sveta i „nepremostiva pukotina u integralnom pogledu na svet“. Pošto je poznato da čovek nije samo racionalno već i iracionalno biće, „važno je da samoubicu prihvatimo i razumemo njegove motive, a ne da ih odbacujemo kao nelogične i bolesne“ (Striković, 1996: 22, 2, 29).

247 U čoveku postoje dva nagona – „nagon za večnim postojanjem“ i „nagon za samouništenjem“. Ukoliko je prvi snažniji, drugi je slab i obrnuto (Striković, 1996: 47).

maksimalnu snagu. Autor tako citira Jaspersa (Jaspers, 1883–1969), koji kaže kako egzistencija treba da izbegava svoje krajnosti – totalitarizam i nihilističku destruktivnost (Isto, 49–51).

Striković ističe važne Kamijeve premise koje se javljaju pre samoubistva: „svet je apsurdan"; „ja sam stranac u tom svetu"; „moj život je besmislen". Osobe koje imaju apsurdne misli imaju intrapsihičku nesaglasnost ili nesaglasnost duše i tela. Navodi da je njihova „duša tanana, sva od paučine, klati se nad bezdanim pitanjima, njiše nad ništavnošću" (Isto, 30–31). Čovek koji doživljava apsurdno stanje doživljava stvarnost kao tuđu i besmislenu. Međutim, nije dovoljno samo videti smisao, jer se smisao može naći i u smrti. Treba posedovati volju za smislom.

Autor smatra da apsurd prati ljudsku egzistenciju i deli ljude u tri grupe u odnosu na apsurd. Jedna grupa ljudi nikada ne oseti apsurd i ova grupa je najveća. Potom, u drugu grupu spadaju oni koji su osetili „egzistencijalnu jezu", ali uspevaju da žive sa njom, tako da *niko nikog* ne ugrožava. Na kraju, u treću spadaju osobe koje kada osete apsurd postojanja ne napuštaju tu ideju, te tako postaju njeni „očajni i tragični zaljubljenici". Oni su „tragači za apsurdima"[248] koji stalno preispituju svoje zaključke, što autor razume kao „opsesivnu mentalnu strukturu" koja nastoji da stalno nalazi dokaze za apsurdnu predstavu o svetu.

„Junak apsurda", kako Striković naziva ovakve osobe, gubi veze sa svesnim delom ličnosti i ne može da razlikuje sadržaje nastale u procesu stvaranja apsurda sa svesnim sadržajima. On u svetu nalazi niz situacija u kojima se krše etički principi, doživljava ih dramatično zbog svoje vulnerabilnosti, a u njegovom rasuđivanju je upravo naglašen etički element koji je odlučujući za prestanak egzistencije. Dve najvažnije crte ličnosti kod ovih osoba su „upornost i nepokolebljivost u ispravnost svojih ideja". Apsurdna ideja postaje deo bića ovakvog čoveka. On stalno sumnja u dominirajuće vrednosti i istine ili u istinitost svega što postoji. *Prve sumnje* Striković naziva delimičnim apsurdom, a *druge* apsolutnim apsurdom. *Junak apsurda* smatra da je život izgrađen na temeljima apsurdnosti i ne može da prihvati da sve u svetu ima relativno značenje i vrednost. Ovakve osobe izdvajaju samo negativne vrednosti iz stvarnosti i samo na osnovu njih vrednuju svet. Stalno traže i otkrivaju neusaglašenost između sebe i spoljašnjeg sveta, a umirio bi ih samo doživljaj idealnog sveta. Ovakvi lju-

248 Apsurd nastaje onda kada čovek počne da razlaže neku ideju. Međutim, nije problem u razlaganju, već u stalnom razlaganju koje se ne zaustavlja. Ovakve ideje rastu i na kraju dovode do zaključka o apsurdu postojanja. Stoga je suština apsurdne ideje odsustvo vere u smisao življenja. Ova vrsta fatalizma je uzrok mnogim neurozama današnjice (Striković, 1996: 217–218).

di žive u nepomirljivoj dijalektici – ne mogu da razumeju svet, a svet ne može da razume njih. Međutim, ne mora svako apsurdno stanje da dovede do suicida, već, recimo, do revolta, ali nosilac apsurda takođe može da se nađe u stanju koje je blizu psihotičnog. Međutim, autor smatra da su ovakve misli „ubojite" i da treba izgraditi sistem samoodbrane od ovakvih misli (Isto, 32, 68–80, 220).

Apsurdna ličnost uvek nalazi razloge da uništi sopstveni život, ali se ne odlučuje lako na suicid nego traži argumente i istinu. Zato je jako važno da stručnjaci koji se bave mentalnim zdravljem imaju snažne protivargumente, znanje i talenat za konfrontaciju, i da zajedno sa *Junacima apsurda* traže smisao života. Striković preporučuje da stručnjaci prvo prošire polje radoznalosti svog klijenta, koje mu je važno za dokazivanje ispravnosti apsurdnih ideja. To mogu da učine unošenjem novih ideja za razmatranje, a posebno onih kojima se dokazuje smisao života. Potrebno je strukturisati novi proces koji bi jačao smisao života, suprotan od apsurda, i to iznošenjem novih i snažnih argumenata koji negiraju apsurd (Isto, 160–162, 218). Međutim, i kada terapeut nađe snažan argument protiv apsurda, posao nije završen jer će pacijent i dalje nastojati da nađe argumente za vlastitu apsurdnu sliku o svetu, te će terapeut morati da bude spreman za nove protivargumentacije. Ovakav posao može da obavlja samo filozofski obrazovan, inventivan i vešt psihoterapeut.

Na primer, Benatarovo razmatranje samoubistva može biti veoma značajno za psihoterapijski rad. Iz praktičnog iskustva u radu sa ljudima koji su pokušali suicid i ličnih stavova prema ovom činu, slažemo se sa nekim tvrdnjama Benatara – da čovek ima pravo da se ubije i da samoubistvo nije uvek neracionalan čin. Ovo može da bude važna tema u psihoterapijskim seansama i da se diskutuju razlozi „za" i „protiv". Verujemo da dobar terapeut uvek može da vodi seansu prema argumentima „protiv". Potom, neizlečive bolesti ili neizdržive patnje, kao i „nepovratan gubitak dostojanstva", jesu česti razlozi za pokušaj suicida i suicid, ali ne i jedini i najvažniji. Samoubistvo nije kukavički čin, te osobe koje su ga izvršile svakako ne treba osuđivati, šta god da su njihovi razlozi za to. Međutim, tačno je i da postoje druge opcije, da može da se uživa u životu i pored problema i da postoje mogućnosti za promene. Svi ljudi koji su ostali živi posle ozbiljnog pokušaja suicida[249] i proveli godinu ili dve na grupnoj i individualnoj terapiji, danas su živi.

---

249 U pitanju su osobe koje su imale ozbiljne pokušaje suicida, tj. koje su preživele posle odluke da se ubiju skokom sa velike visine, uz upotrebu vatrenog oružja, uzimanjem velikih količina tableta koje su uslovile stanje kome...

10.3 Egzistencijalistička filozofija o smislu življenja i samoubistvu i egzistencijalistička psihoterapija

Egzistencijalistički orijentisana psihoterapija[250] često se primenjuje u radu sa osobama koje imaju suicidne ideje ili su pokušale suicid. Posebno je važno razmatranje pojmova smisla življenja i krivice, koji se povezuju sa depresijom i suicidnim mislima. Zato će u tekstu koji sledi biti predstavljene osnovne ideje egzistencijalističke filozofije i logoterapije, ili „lečenja smislom".

Pojavom egzistencijalizma,[251] psihički poremećaj je počeo da se shvata šire od individualnog problema i obuhvatio je dve nove dimenzije – istorijski i društveni kontekst. Ova vrsta filozofije je značajna za psihoterapiju jer shvata čoveka kao biće koje je sposobno za prevazilaženje sopstvenog postojanja – samotranscedenciju u akciji, i potvrđivanje sopstvenog subjektiviteta uvažavanjem subjekta drugog. Egzistencijalistička psihoterapija je individulistička, kao i holistička i teleološka. Ona je i dijalektička jer se bavi kako individualnim tako i društvenim aspektom postojanja (Opalić, 1991: 21, 66). Ona je „senzibilitet spram životnih činjenica vezanih za ljudsko stanje" (Jalom, Lešć, 2014: 125).

Ova vrsta psihoterapije razvijala se posle Drugog svetskog rata, u duhovnoj klimi nepoverenja ljudi „u moć, kako Države, tako i Uma" (Opalić, 1988: 14). Egzistencijalistički pristup je bio donedavno prihvatljiviji evropskoj terapeutskoj zajednici nego američkoj. Upravo isticanje značaja svesti o slobodi, smrti, smislu življenja pripada evropskoj filozofskoj tradiciji. Ipak, u poslednje četiri decenije, snažno je počela da se razvija egzistencijalna, humanistička orijentacija u SAD. Međutim, ona nije samo „uvezena iz Evrope već i amerikanizovana". Fokus na tragičnim dimenzijama postojanja, nesigurnosti, ograničenjima i preuzimanju odgovornosti, koji je tipičan za evropsku terapiju, znatno je manje zastupljen u odnosu

250 U psihoterapijskom rečniku, termin egzistencijalna analiza pojavljuje se 1943. godine na predlog psihijatra Viršča (Wyrsch). Egzistencijalistički filozofi se obično svrstavaju u tri pravca: filozofija egzistencije (Jaspers i sledbenici); egzistencijalna filozofija (Hajdeger i sledbenici); egzistencijalizam (Sartr i sledbenici). Egzistencijalističko-fenomenološki psihoterapijski pristup razvio se 1960-tih godina prošlog veka u SAD i postao izvor ideja humanistički orijentisanih psihoterapija i glavna inspiracija antipsihijatrije. Binsvanger, rodonačelnik egzistencijalističke orijentacije, osnovao je i razvijao daseinanalitički pristup, dok je Minkovski razvio fenomenološki pristup. Potom se razvija egzistencijalna analiza u SAD i logoterapija kao bečka psihijatrijska škola (Opalić, 1988: 21–22; Opalić, 1991: 65–66).

251 Egzistencijalizam u psihoterapiji je, prema Opaliću (1988: 17), *najfilozofskiji* u odnosu na sve druge psihoterapijske modalitete i egzistencijalistička filozofija Hajdegera (kasnije i Huserla) je koren ove terapije.

na isticanje ljudskih potencijala, doživljaja vrhunca, samoostvarenja i Ja – Ti susreta, karakterističnih za američku (Jalom, Lešć, 2014: 124–125).

Egzistencijalistički pristup se zasniva na idejama da je najviša čovekova borba sa brigama ljudskog stanja, kao što su: sloboda, smrt, izolacija i besmisao. U egzistencijalističkoj psihoterapiji najprisutnije su Hajdegerove (Heidegger, 1889–1976) ideje. On postojanje naziva Tu-bićem, koje se strukturiše kroz egzistencijalije: misaonost, strah, govor i razumevanje, a koje je otvoreno za „ovde i sada". Razumevanje je povezano sa moći-biti-čovek, govorom se uključuje u Svet, a pomoću straha se suočava sa Ništa (krajem postojanja). Bitak Tu-bića se stalno dovodi u pitanje, zato je Tu-biće stalno odgovorno i zabrinuto za sebe, te stoga često upada u krivicu, koja je, u stvari, ontološka dimenzija koja „egzistenciju vodi ka razmišljanju i odlučivanju". Jaspers smatra da je egzistencija određena kako graničnim situacijama, kao što su strah, patnja, krivica, smrt (koje su često i jedan od razloga suicidnih misli), koje zahtevaju prevazilaženje ili transcedenciju, tako i kategorijama izbora, slobode i odgovornosti. Na odgovornosti insistira i Sartr (Sartre, 1905–1980), navodeći da čovek nije odgovoran samo za sebe već i za druge i istorijska zbivanja, i uz vlastitost i izbor to čini „fundamentalni projekat". Sartrova „egzistencijalistička psihoanaliza" bavi se duševnim životom čoveka (brigom, strahom, krivicom...) (Jalom, Lešć, 2014: 126; Opalić, 1988: 21–25).

Ipak, terapeuti znaju da se krivica pojavljuje u oblicima različitim po sadržaju i intenzitetu, i ne mora se uvek razumeti kao ontološka ili egzistencijalna. Jalom i Deurzen (prema Sedmak, 2008: 205–212) daju klasifikaciju krivica i dele ih na stvarnu, neurotičnu i egzistencijalnu. Egzistencijalna krivica je „prekršaj protiv sebe" i shvata se kao „pozitivna konstruktivna emocija", ona proizlazi iz neuspeha da se neke stvari realizuju, ona je i opažanje razlike između onoga što jeste i što bi trebalo da bude. Iz stanja egzistencijalne krivice može da se pređe u *samopotvrđivanje*. Stvarna krivica je „aktuelan prekršaj" protiv druge osobe. Neurotična krivica je „zamišljen prekršaj" protiv druge osobe ili manji prekršaj koji se doživljava kao veliki (protiv roditeljskih stavova, društvenih zabrana). Iza ove krivice stoji egzistencijalna krivica.

Sramota se često povezuje sa suicidnim ponašanjem i o njoj se govori kao prvonastaloj (Erikson), već u drugoj godini života, dok krivica nastaje kasnije. Sramota je povezana sa optužujućim stavovima drugih na koje dete često reaguje telesnim manifestacijama (crvenilo lica, drhtanje, skrivanje pogleda...). Snažan doživljaj sramote kasnije može da bude povezan sa osećanjem poniženosti, bezvrednosti, odbačenosti, sve do želje za nestajanjem. Sramota i krivica su u suštini isprepletane (Sedmak, 2008: 213).

10.3.1 Život je smislen do poslednjeg daha

Viktor Frankl (2000: 17–24, 27) navodi da se u radu sa osobama koje imaju suicidne ideje često primenjuje logoterapija[252] ili psihoterapija usredsređena na smisao – *lečenje smislom*. Međutim, to ne znači da je čovek koji traži smisao bolestan. Naprotiv, traženje smisla života je svojstveno svakom čoveku i dokaz je njegove „ljudskosti, a ne bolesti", što znači da je *vapaj za smislom* specifična osobina čoveka. Danas se ljudi sve češće obraćaju za pomoć zbog „egzistencijalne praznine", očito zato što čovek ne živi samo od materijalnog blagostanja. Egzistencijalnu prazninu autor razume kao „neurotičnu trijadu" potištenosti, agresivnosti i zavisnosti. Kada čovek nema nešto što bi ga „vodilo", radi ili ono što drugi rade – konformizam, ili ono što drugi žele da on radi – totalitarizam.

Sedmak (2008) smatra da egzistencijalizam više „nije u modi". Neizbežne životne situacije, kao što su: „ ja moram da se borim", „ja moram da umrem", „ja sebe uključujem u krivicu", o kojima je govorio Jaspers, nisu privlačne čoveku 21. veka. Ovo je vreme u kome društvo nastoji da „obezbedi uslove za lagodan život", sa što manje odgovornosti, obaveza, napora, strahova, u cilju postizanja što većeg zadovoljstva. Krivica se ranije smatrala neprijatnom, ali korisnom, a danas je ona toliko „opasna da je treba izbegavati" i predstavlja „najnegativniju emociju". Veliki broj ljudi se ne obazire na postojanje krivice (Sedmak, 2008: 195, 213, 221).

Osećati krivicu je važno, a razumeti sebe kao biće krivice znači, prema Jerotiću, biti autentičan. Biti kriv je uslov za postojanje dobra i zla i moralnosti uopšte. Ovakva shvatanja krivice – normalizacija i neophodnost osećanja krivice, mogu da se upotrebe u praktičnom, terapijskom radu. Krivica *ima smisla*. Prihvatanje ovakvih emocija može da smanji negativna osećanja odbačenosti i socijalnog isključivanja, te i suicidno ponašanje (Isto, 2008).

Dakle, bogatstvo može i da frustrira čovekovu volju za smislom. Ukoliko je osoba zadovoljila svoje potrebe, ali nije pronašla smisao,[253] njena

---

252 Pojmove „volja za smislom" i „samotranscendencija" uveo je u literaturu Viktor Frankl 1949. Logoterapija se bavi klijentima kao osobama koje mogu „da podstiču i odgajaju svoju volju za smislom". Samotranscendencija podrazumeva usmerenost ka nečemu ili nekome (ka drugom čoveku, ka smislu, ka nekom važnom cilju...) Logoterapija nije samo „optimizam prošlosti", ona je i „aktivizam budućnosti". Prošlost jeste *prošla*, ali mi odlučujemo u sadašnjosti šta ćemo da sačuvamo i ovekovečimo kao deo prošlosti. Čovek je odgovoran prema svojoj budućnosti, on treba promišljeno da bira mogućnosti iz budućnosti ... (Frankl: 2000: 25, 28, 83).

253 „Video sam veliki broj nasmrt bolesnih ljudi koji su doživeli promenu, postali mudriji, zreliji i mogli što šta da nauče." Niče je govorio da čovek „mora u sebi imati haos da bi porodio zvezdu koja pleše" (Jalom, 2007: 154, 173).

sklonost ka suicidnom ponašanju ostaje. Ovo znači da dobri ekonomski resursi nisu prevencija samoubistva i da se gubitak smisla[254] javlja u svim zemljama (razvijenim, u tranziciji, u razvoju). Stoga je potreba za smislom nezavisna od ostalih potreba, i ne može se ni svesti na njih, niti izvesti iz njih. Očito da današnje „razvijeno društvo" može da zadovolji niz potreba, ali ne i onu najvažniju – potrebu za smislom. Zato se i javljaju problemi koje Frankl naziva, „masovnom neurozom".[255, 256]

Stoga je u terapiji važno procenjivati želju za životom i strah od života, kao i želju za smrću i strah od smrti. Otklanjanje straha od života i podsticanje želje za životom su značajni ciljevi terapije. Terapijski uspeh podrazumeva mirenje sa smrću kao neizbežnim ishodom i funkcionisanje u svakodnevnom životu (Sedmak, 2008: 199). Zato logoterapeut treba da objasni klijentu da smisao u životu postoji i da je svakom čoveku dostupan. Smisao postoji, kako u poslu i ljubavi tako i u patnji, i kako Frankl navodi – „život je uvek smislen i ostaje smislen do poslednjeg daha" (Frankl, 2000: 32).[257]

10.3.2 Istraživanja efekata psihoterapija i socioterapija baziranih na „egzistencijalijama"

Istraživanja efekata različitih psihoterapija i socioterapija koje se *baziraju* na egzistencijalističkoj filozofiji ukazuju na značajne promene egzistencijalija kao znakova nalaženja smisla života i ozdravljenja.

---

254 Jerotić (2006: 65) smatra da u čoveku postoji prirodna težnja da svojoj porodici, naciji, sopstvenom razvoju pripisuje smisao, značenje, svrhovitost, stoga čovek teži da bude uspešan „tumač vremena".

255 Frankl (2000: 22–26) navodi više istraživanja u kojima je ispitivan značaj volje za smislom, te je nađeno da osobe koje su zavisnici od PAS ne nalaze smisao života tj. da imaju problem sa egzistencijalnom prazninom. Kripner (Krippner) sa saradnicima je smatrao da je upotreba droga kod osoba sa egzistencijalnom prazninom „oblik individualne psihoterapije". „Frustracija volje za smislom", kako nazivaju ovaj fenomen dvoje autora (Kratochvil i Planova), utiče na nastanak neuroza i suicidno ponašanje, tako da volja za smislom može da bude pouzdano merilo mentalnog zdravlja (Kotchen), ona, u stvari, ima „vrednost opstanka".

256 Mlad čovek se danas oseća stešnjenim između dva zida. Jedan od njih je spoljni, koji preti (preko ograničenja slobode i manipulacija) da uništi tek „probuđeno jezgro Ja". Drugi zid je unutrašnji koji se sastoji od nesvesnog i nagonskog, agresivnog i koji preti sukobom sa samim sobom i društvom. Mladi se često osećaju kao „muve uhvaćene u paukovu mrežu" (Jerotić, 2006: 78).

257 Većina ljudi se trudi da sačuva svoj život. „Svaki naš udah odbija smrt koja stalno preti... Na kraju, smrt mora da trijumfuje... Pa ipak, veoma zainteresovano i revnosno živimo svoje živote što duže možemo [...] trudimo se da pravimo što veći i trajniji mehur od sapunice iako smo potpuno sigurni da će pući." (Jalom, 2007: 11)

Više studija koje su se bavile evaluacijom grupne psihoterapije,[258] korišćenjem različitih testova i primenjujući egzistencijalistički teorijski pristup, nalaze „egzistencijalne faktore lečenja" kao što su: smanjenje egzistencijalnog vakuuma, pozitivne predstave o sebi, iskustvo univerzalnosti konflikta, doživljaj bliskosti, briga za druge, porast svesti o sebi, porast životnog smisla (Opalić, 1998: 206). Opalić u svom istraživanju efekata grupne psihoterapije na osobe sa psihotičnim i neurotičnim poremećajima, zaključuje da je došlo do promena u doživljaju egzistencijalnih kategorija „smisla života" i „budućnosti", kao i „ljubavi", „slobode" i „seksa". Takođe su nastale vidne promene u razumevanju među ljudima, prihvatanju prolaznosti življenja tj. straha od smrti, porastu odgovornosti, solidarnosti, empatije, što predstavlja važne komponente egzistencijalno-ontološke psihoterapije (Isto, 213–217).

U evaluacijama grupnih terapija,[259] kojima su se bavili Jalom i drugi terapeuti, takođe se ističe značaj egzistencijalnih faktora. Primer su grupe u zatvorima, psihijatrijskim bolnicama, dnevnim bolnicama. U grupama zavisnika od alkohola, egzistencijalni faktori su posebno visoko rangirani i od strane klijenata i od strane terapeuta. Ovo je primećeno i u grupi gerijatrijskih klijenata. Prema nekim studijama, klijenti, zavisnici od alkohola, i njihovi terapeuti različito su rangirali terapijske faktore. Na primer, klijenti su više značaja pridavali razvijanju: odgovornosti, samorazumevanju i univerzalnosti, a terapeuti modelovanju klijenata i bihevioralnom eksperimentisanju. Generalno, sudeći prema većem broju studija, klijenti više rangiraju egzistencijalne faktore, odnos terapeuta prema njima i njegove

258 Sve vrste terapija koje se bave psihopatologijom zasnivaju se na nekom konceptu koji objašnjava čovekovo bivstvovanje, dinamiku odnosa i mogućnosti da se na to utiče. Po mišljenju Binsvangera (Binswanger), sagledavanje psihičkih pojava iz filozofske perspektive je najuspešnije. Ciljevi terapije podrazumevaju „ostvarenje uzajamnosti postojanja dve ljudske ličnosti" (klijent-terapeut). Obe obogaćuju doživljaje sebe kao Tu-Bića u terapijskom kontekstu. Psihoterapija i jeste otkrivanje doživljaja saprisutnosti, u stvari, egzistencijalni susret. Da bi se realizovao fenomenološko-egzistencijalni psihoterapijski rad potrebno je ispuniti pet sledećih uslova: izučavati životnu istoriju, razumeti samog sebe, biti zajedno u neposrednoj sadašnjosti sa klijentom, tumačiti snove, uvesti vlastitu egzistenciju u Tu-Biće" (Bojanin, Opalić, Išpanović-Radojković, 1982: 349–353). Svaki odnos između terapeuta i klijenta je u stvari „totalni odnos i susret čoveka sa čovekom" (Opalić, 1977: 437).

259 Jalom je sa saradnicima konstruisao instrument Q-tipa, kojim je ispitivan *egzistencijalni* faktor koji se sastoji od 5 sledećih stavki: prihvatanja da život nekada nije pravedan; da nema bega od životnog bola i smrti; da čovek mora sam da se suočava sa životom bez obzira na uspostavljenu bliskost sa drugima; da je suočavanje sa problemima i smrću važno da bi se iskrenije živelo; da čovek mora da preuzme odgovornost za svoj način života nezavisno od podrške koju dobija od starne drugih (Jalom, Lešć, 2013: 122).

lične ljudske osobine, dok terapeuti smatraju da je uspeh u terapijskim tehnikama (Jalom, Lešć, 2013: 123, 126).

Izuzetno važnim smatra se *autentičan susret klijenta i terapeuta* zato što dovodi do promene. Klijenti su naučili da se suočavaju sa ograničenjima i sa smrtnošću, što im je omogućilo da neprijatne i teške životne situacije posmatraju iz druge perspektive i da „trivijalizuju trivijalnosti". Prihvatanje smrti kao okončanja života u stvari oživljava život, tako da „smrt postaje koterapeut koji gura rad grupe napred" (Isto, 131).

11. Eutanazija: razlozi „za“ i „protiv“ *prava na smrt*: medicinski, pravni, sociološki i filozofski aspekti

Iako je prošlo više od pedeset godina od pokretanja predloga za legalizaciju eutanazije,[260] ni do danas nije postignut konsenzus u njenom definisanju. Stoga, eutanazija[261] može da se definiše kroz navođenje nekoliko njenih tipova – *pasivna, aktivna (asistirano samoubistvo), nedobrovoljna i dobrovoljna*.[262]

---

260 Prva država koja je legalizovala asistirano samoubistvo, pod određenim zakonom propisanim uslovima, bila je Oregon. Inače, 2006. u SAD, u 37 država je bilo zabranjeno asisitirano samoubistvo. Međutim, još je 1905. godine u državi Ohajo dat prvi predlog za legalizaciju eutanazije, koji nije prihvaćen, i tek posle tri decenije su se ponovili ovakvi predlozi. Danas su najvažniji argumenti za eutanaziju autonomija pacijenta, tj. njegov izbor i izbor samoubistva kao racionalnog čina (Holmes, Holmes, 2006: 99, 102; Foley, Hendin, 2002: 6, 8)

261 Eutanazija je reč, tj. kovanica grčkog porekla. Eufor znači dobar, plemenit, a tanatos smrt. U 17. veku Frensis Bejkon (Bacon, 1561–1626) tako objašnjava laku, bezbolnu i srećnu smrt (Isto, 2006).

262 Lekar Džek Kevorkijan (Jack Kevorkian) 1990. godine prvi je počeo da pomaže ljudima u izvršenju samoubistva uz pomoć *Thanatron*-a ili „mašne smrti“. Lekar je opisan

Pasivna eutanazija podrazumeva ubrzavanje smrti nedavanjem podrške ljudskom organizmu (sistemu) na različite načine, kao npr. nepružanje potrebne medicinske podrške, nedavanje lekova, hrane, vode. Aktivna eutanazija je izazivanje smrti pacijenta u terminalnoj fazi, putem davanja određenih *sredstava* od strane lekara. Asistirano samoubistvo podrazumeva da pacijent sam uzme određena sredstva koje mu je preporučio lekar, svestan pacijentove namere (napisao je recept ili dao informacije o smrtonosnoj dozi) (https://www.merriam-webster.com/dictionary/physician-assisted%20suicide). Nedobrovoljna eutanazija podrazumeva izazivanje smrti pacijenta, koji nije u stanju da o tome donese odluku (npr. nalazi se u stanju kome), potpomognute od strane lekara. Dobrovoljna je kada osoba odlučuje da uz pomoć lekara izazove smrt (Holmes, Holmes, 2006: 99–102). Razmatra se i termin *nenamerne eutanazije,* o kojoj diskutuje filozof Singer (Singer, 1946–), u cilju upozorenja da i ovakva vrsta postoji. Radi se o stanju kada umiruća osoba može da komunicira i eventualno prihvati eutanaziju, ali se ona o tome ne pita (Đerić, 2011: 354).

Sa pravne strane, eutanazija se isključuje ukoliko se govori o pravu na život, ali ako se uzmu u obzir druga prava, kao što su pravo na samoodlučivanje ili pravo na ličnu autonomiju, postavlja se tema za diskusiju. Danas se u nekim zemljama eutanazija kvalifikuje kao ubistvo, u drugima se smatra da je treba privilegovano tretirati (kao lakše privilegovano krivično delo ubistva), u trećima isključuje krivičnu odgovornost. Privilegovano *tretiranje* podrazumeva uzimanje u obzir motiva izvršioca i molbu (zahtev) žrtve, koji kao posebne okolnosti dovode do lakše inkriminacije (Petrović, 2010: 38).

Samoubistvo uz pomoć lekara, koje spada u kategoriju dobrovoljnih, primenjuje se pod strogo propisanim uslovima, te je eutanazija[263] legal-

---

kao „briljantan patolog“, „svetac“, „spasitelj“ i kao najgora vrsta grešnika, nazvan „dr Smrt“, ali i kao čovek koji se usudio „da izazove najstariji tabu – tabu protiv smrti“. Njegova prva „pacijentkinja“ bila je žena, obolela od Alchajmerove bolesti. „Mašina smrti“ je *radila* tako što je prvo omogućila intravensko ubrizgavanje fiziološkog rastvora, potom na pritisak „klijenta“ oslobađala drugu supstancu, koja je dovodila do duboke kome i na kraju treću – kalijum hlorid, koja je zaustavila rad srca. Lekar je 1999. godine osuđen na zatvorsku kaznu. Tada je imao 70 godina (Nicol, Wylie, 2006: 1–3, 231).

263 Eutanazija se razmatra u okviru bioetike, discipline koja se bavi pitanjima života, kvaliteta života, zdravljem i smrću čoveka, ali i šire, drugim bićima i očuvanjem prirodne sredine. Proizašla je iz medicinsko-etičke problematike, ali se vremenom „širila“ i danas se shvata kao disciplina koja prelazi granice ovog pristupa. Kao „nova medicinska bioetika“ uvodi se 1980-ih godina na medicinske fakultete u više zemalja. Bioetikom se danas, pored lekara, bave filozofi, pravnici, sociolozi i drugi. Ona integriše „sve perspektive koje svojom kritičkom refleksijom doprinose rasvetljavanju različitih problema i teškoća, a povezanih sa nekim novim biomedicinskim izumom

na samo u nekim zemalja: Holandiji,[264] Belgiji, Švajcarskoj, Luksemburgu, Albaniji, Kolumbiji i američkim državama:[265] Oregonu, Montani i Vašingtonu. Ipak, *potpomognuto samoubistvo* u većini zemalja spada u krivično delo koje se izjednačava ili sa ubistvom ili sa ubistvom iz nehata (Živković, 2015: 56).

11.1 Protiv eutanazije

Mišljenja o legalizaciji eutanazije su različita. Tako Svetska medicinska asocijacija smatra da okončanje života uz lekarsku asistenciju, na zahtev osobe ili njenih srodnka, nije etički i osuđuje ovakav postupak. Smrtni ishod treba da bude prirodan proces, koji lekar može da prati u toku terminalne faze bolesti. Dakle, eutanazija je u suprotnosti sa osnovnim etičkim principima medicinske prakse. Međutim, pacijent može da odbije dalju lekarsku pomoć, ako to želi, iako bi takvo ponašanje uslovilo smrt. Australijska asocijacija ne podržava asistirano samoubistvo i smatra da lekar treba da proceni prisustvo simptoma depresije, demencije i ponudi adekvatnu pomoć. Kanadska[266] asocijacija upozorava da je ovakav postupak teško kontrolisati i da su moguće ozbiljne posledice i primena na vulnerabilnu populaciju (World Medical Association, 2014).

Jedan broj stručnjaka (Foley, Hendin, 2002: 1–10, 316) smatra da je legalizacija eutanazije negativno uticala na brigu i zaštitu pacijenta koji su bili „pri kraju života“. Za ovakav stav postoje medicinske i empirijske činjenice i dokazi o medicinskim i društvenim posledicama legalizacije eutanazije. Neslaganje sa asistiranim samoubistvom prisutnije je kod le-

---

i primenom u praksi“. Prve bioetičke institucije osnovane su 1960-ih u SAD, dok su bioetički, odbori i centri otvarani svuda po svetu. U Srbiji, prvi naučni radovi koji se se bavili bioetičkim temama objavljeni su 1992. godine u časopisu *Theoria* (Đerić, 2011: 341–344).

264 Holandija je legalizovala eutanaziju 1993. godine, tako da u zakonu stoji da dobrovoljnu aktivnu eutanaziju može da izvrši lekar koji brine o pacijentu i postupa po pravilima medicinske prakse. Potrebno je da se zadovolje sledeći uslovi: dobrovoljna molba pacijenta, da molba nije uzrokovana trenutnom depresijom, svesnost pacijenta (jasno razumevanje svog stanja i prognoze bolesti), povezanost sa teškom patnjom pacijenta. Pored navedenih uslova, potrebna je konsultacija lekara sa kolegama i urađen izveštaj o celom slučaju (Petrović, 2010: 40–41).

265 U Oregonu je dozvoljena eutanazija i smatra se *primerom autonomije i lične kontrole*, dok se u državi Njujork eutanazija smatra *namernim ubistvom*, i ističe se da: lekar treba da leči, a ne da ubija; da osetljive osobe treba zaštititi od predrasuda i psiholoških i materijalnih pritisaka da okončaju život (Petrović, 2010: 48, 51).

266 Eutanazija je zabranjena u Kanadi i tretira se kao krivično delo propisano Krivičnim zakonikom (Čl. 241, b) ove zemlje, za koje se dobija kazna u trajanju do 14 godina. Dakle, isto se tretira i kažnjava kao ubistvo (Petrović, 2000: 46).

kara koji se bave palijativnom negom i koji znaju da brinu o terminalno obolelim pacijentima. Postavlja se pitanje autonomije u donošenju odluka od strane osoba koje su „pri kraju života" i naglašava da se njima lako može manipulisati. Ljudi koji traže asisitirano samoubistvo su ambivalentni prema ovom činu, često su depresivni i anksiozni, a prema podacima iz SAD,[267] ne dobijaju uopšte ili ne dobijaju adekvatnu psihoterapijsku i psihijatrijsku pomoć. Nažalost, za sada postoji mali broj istraživanja o mentalnom zdravlju osoba u terminalnoj fazi bolesti.

Saznajemo iz istraživanja da osobe koje su pokušale suicid i osobe koje traže asistirano samoubistvo mogu imati slična razmišljanja – „porodici bi bilo bolje da njih nema"; „oni predstavljaju teret za porodicu". Ovakva razmišljanja su praćena osećanjem krivice i bezvrednosti. Teško oboleli, koji traže asistirano samoubistvo, razmišljaju o događajima u budućnosti. Suočavaju se sa neizvesnošću i popunjavaju *praznine* različitim fantazijama. Plaše se zavisnosti od drugih, gubitka dostojanstva, neželjenih efekata medicinskih tretmana i, svakako, smrti. Povećana anksioznost zbog smrti, prisutnija danas nego ranije, povećava i potrebu za kontrolom nad smrću – kada će se i kako dogoditi. Niz fizičkih i psihičkih tegoba i loša materijalna situacija često su prisutni u grupi ljudi koji traže eutanaziju. To su osobe sa nizom socijalnih i ekonomskih problema, a njihovi negovatelji su pod visokim stresom. Stoga se preporučuje psihijatrijska i psihoterapijska pomoć i palijativna nega, posebno za vulnerabilne osobe, kao i edukacija i psihoterapija za njihove negovatelje. Panika, koja prati ozbiljnu bolest, treba da se *obradi,* da bi se smanjila i nestala. Potrebno je da pacijent veruje lekaru da on može da mu pomogne, a eutanazija upravo narušava ovaj odnos poverenja[268] (Foley, Hendin, 2002: 314).

Asisitirano samoubistvo ne podstiče lekare da se edukuju u pružanju kvalitetnijeg palijativnog zbrinjavanja, koje bi moralo da bude dostupno

---

267 *Starenje društva* i medicinska nega je ozbiljna tema kojom treba da se bave stručnjaci u SAD. Godine 2006. oko 13% stanovništva je imalo preko 65 godina, sa prognozom povećanja na 19% 2030. Predviđa se da će oko 50% osoba starosti preko 85 godina patiti od demencije. Troškovi za medicinsku negu i socijalno osiguranje povećavaće se nekoliko puta do 2050. (Callahan, 2006: 13). Ovde se postavlja i pitanje odnosa između eutanazije i povećanih troškova države i porodica. Da li bi sve veći troškovi uslovili lakše donošenje odluke o pasivnoj eutanaziji?

268 Autori (Foley, Hendin, 2002) podsećaju na početak Drugog svetskog rata i zalaganje za eutanaziju dece ometene u razvoju od strane dr Fostera Kenedija u SAD. Kada su nacisti došli na vlast u Nemačkoj, prvo je legalizovana dobrovoljna eutanazija, a onda i predlog za eliminisanje bolesne dece, Jevreja, Roma, duševno obolelih... Lekari su učestvovali u ovome, ali i pored priznavanja eugene osnove ovakvog predloga, ima onih koji se i dalje zalažu za eutanaziju, objašnjavajući da su bolesni ljudi teret ne samo samima sebi, već i porodici i društvu.

svim terminalnim pacijentima.[269] Zbog odsustva dobre palijativne nege najviše su ugroženi pacijenti u terminalnoj fazi života. Na primer, u Oregonu, kada su date opcije palijativnog zbrinjavanja, pacijenti su znatno ređe birali opciju asistiranog samoubistva. Zato je palijativna nega alternativa i nju treba razvijati, a napredak medicine i pronalaženje novih lekova pomoći će održavanju života i smanjenju bolova (Isto, 311–316).

Eutanazija se u Srbiji smatra krivičnim delom[270] i prema članu 117. Krivičnog zakonika RS predstavlja lišenje života punoletnog, teško obolelog lica iz samilosti, na njegov ozbiljan i izričit zahtev. Za ovu vrstu krivičnog dela predviđena je kazna zatvora od 6 meseci do 5 godina (Živković, 2015: 58).[271] „Lišenje života iz samilosti“, kao specifičan oblik lišavanja života drugog lica, predstavlja privilegovan, lakši oblik ubistva od pomaganja u samoubistvu (član 119). Međutim, ukoliko se pruža pomoć pri izvršenju samoubistva maloletniku iznad ili ispod 14 godina starosti, odnosno osobi koja se nalazi u stanju bitno smanjene uračunljivosti ili neuračunljivosti, pri izvršenju samoubistva, kvalifikuje se kao oblik krivičnog dela iz člana 51. KZ Srbije[272] (Petrović, 2013: 172).[273] U našem zakonu se

269 Postavlja se pitanje: Da li je neko zaista *terminalni pacijent*? Ovaj termin podrazumeva da će pacijent umreti u roku od 6 meseci i zato mu se obustavlja tretman i ograničava spasavanje života. Tako je legalizacija asistiranog samoubistva u Kaliforniji dovela do skraćivanja života mnogim ljudima. Broj zloupotreba nije poznat. Zakon se oslanja na izveštaje lekara, a nema zakona koji kažnjava neprijavljivanje statističkih izveštaja i komplikacija (Popik, Balch, 2015: 39).

270 U Srbiji je postojao običaj poznat pod nazivom „lapot“. Deca su ubijala stare roditelje kada napune određene godine. Ovakav čin se smatrao dobronamernim, a roditelji su ga prihvatali. Praktikovalo se u nekim mestima kao što su Svrljig, Risnica kod Pirota (Živković, 2015: 56).

271 Pomaganje u izvršenju suicida se deli na fizičko (materijalno) i psihičko (intelektualno). U prvom slučaju se misli na omogućavanje pristupa sredstvima ili uklanjanje prepreka za izvršenje krivičnog dela, a u drugom na davanje saveta kako delo da se izvrši i ohrabrivanje izvršenja. Pomaganje se, takođe, deli na neposredno i posredno. Pod neposrednim se podrazumeva direktno ukazivanje pomoći licu koje se odlučilo na ovakav akt, a pod posrednim kada pomagač pruža pomoć izvršiocu preko drugog lica (posrednog pomagača) (Petrović, 2013: 169).

272 Različita zakonodavstva inkriminišu ovakve radnje koristeći različite nazive. Primeri su: „učešće u samoubistvu“ prema članu 301. grčkog KZ; „navođenje na samoubistvo“ prema članu 107. sovjetskog KZ; „podstrekavanje i pomaganje u samoubistvu“ prema članu 115. švajcarskog KZ; „pomaganje i navođenje na samoubistvo“ prema članu 580. italijanskog KZ; „uzročno samoubistvo kao kriminalno ubistvo“ i „pomaganje i navođenje na samoubistvo kao nezavistan zločin“ prema članu 210. stav 1. u SAD (*Model Penal Code*) (Petrović, 2013: 174).

273 U bivšoj Jugoslaviji (SFRJ) jedino je u Krivičnom zakoniku Slovenije u grupu privilegovanih, lakših samoubistava ubrajano delo koje se vrši iz sažaljenja ili na zahtev i molbu obolelog od neizlečive bolesti sa propisanom kaznom od 6 meseci do 3 godine (Petrović, 2000: 59).

ne pominje termin eutanazija, već se navodi „zabrana lišenja života iz samilosti i pomaganje u samoubistvu".

Eutanazija može da se razume kao „dozvoljavanje jednoj osobi da olakša smrt drugoj". Dakle, eutanazija nije privatan čin, dok samoubistvo može da se posmatra kao tragičan individualni čin. Ovo je važno javno pitanje zato što eutanazija može da dovede do „teških zloupotreba, eksploatacije i uskraćivanja nege nemoćnim ljudima". Iako je „pristanak umirućeg" prva značajna tačka u kojoj se dodiruju pomaganje u samoubistvu i ubistvo iz milosrđa, govori se još i o: humanim razlozima, dobroj nameri i dostojanstvenoj smrti, a ne sme da se izostavi ni rizik od zloupotrebe. Zato „eutanazija ne znači davanje prava osobi koja umire, već ona znači izmenu zakona, tako da lekarima, rođacima i ostalima daje pravo da direktno ili indirektno okončaju nečiji život". U stvari, „eutanazija i pružanje pomoći u samoubistvu ne znači pravo na smrt, već na ubistvo" (Petrović, 2013: 178, 181).[274]

Dalje, argumenti protiv eutanazije su da nema sasvim pouzdanih prognoza o trajanju života obolele osobe, čak i kada su u pitanju tzv. terminalni pacijenti. Neki autori (Miller, Troug, Brock, 2010: 453–455) osporavaju tretman prekidanjem lečenja od strane lekara, isto kao i aktivnu eutanaziju. Kada konvencionalna medicinska etika i zakon prave jasnu razliku između tretmana prekidanjem lečenja i aktivne eutanazije pomoću smrtonosne injekcije, oni lekarima koji prekidaju tretman „dozvoljavaju" da nemaju odgovornost za smrt pacijenta. S druge strane, ukoliko je u pitanju aktivna eutanazija, lekari su odgovorni za smrt. U suštini, nema razlike, nego je u pitanju moralna procena praksi koje se zasnivaju na lažnim uverenjima da se prekidom terapije ne ubijaju pacijenti. Inače, autori navode da ima zloupotreba kada je u pitanju nelegalizovana pasivna eutanazija, a legalizacijom se ovakvo delanje još povećava.

Asistirano samoubistvo se ne smatra opravdanijim od aktivne eutanazije, jer osoba sama i svesno donosi odluku o tome, ali je to zabluda, jer na odluku osobe utiču: raspoloženje osobe, lekar, odnos sa članovima porodice, propaganda. Lekar koji daje dijagnozu i prognozu to može da

---

274 Deca korisnika doma, bolnice nekada odlučuju da se ocu ili majci obustavi davanje vode i hrane, čime podržavaju pasivnu eutanaziju. Motivi članova porodice da ubrzaju smrt voljenog člana su navodno plemeniti: empatija, ljubav, želja da se osoba oslobodi patnje. Često, kada nije u pitanju imovina, jeste zbog „psihološkog opterećenja jer se bolestan otac/majka nalazi u domu". S druge strane, događaji iz Velike Britanije (1999) i iz Holandije (1997) ukazuju na zloupotrebu ili „ubijanje" starijih osoba u domovima. Rođaci nekih pacijenata su tražili policijsku istragu zbog smrti oko 60 starijih, sumnjajući da im medicinsko osoblje nije u dovoljnim količinama davalo vodu i hranu. Takođe, postoje slične zloupotrebe i kada su u pitanju pacijenti sa smetnjama u razvoju (Fenigsen, 2012: 231–238).

radi na brutalan način i „uništi“ volju pacijenta za životom. „U razvijenim zapadnim državama raste talas agresije prema životu starijih ljudi, a sve u ime ljudskih prava i sloboda“ (Fenigsen, 2012: 231–241).

Istraživanje rađeno u Rusiji,[275] u kojoj je eutanazija zabranjena, ukazuje da su studenti i medicinski radnici slabo informisani o ovom problemu, čak je više medicinskih radnika slabo informisano (oko 70%). Preko 70% ispitanika je odgovorilo da medicinski radnici ne treba da pomognu pacijentu pri realizaciji ovakvog dela. Studenti su smatrali da su neizlečive i dugotrajne bolesti razlog za eutanaziju, a medicinski radnici želja i traženje osobe da na ovaj način okonča život. Ipak, na pitanje „Da li je eutanazija milost ili krivično delo?“ svaki peti ispitanik nije odgovorio, dok je preko 30% dalo odgovor „ne znam“, 22,5% da je ovo milostivo delo, 35,7% da je zločin, a jedan broj je zastupao stav da je eutanazija dobra za pacijenta, ali da je ona zločin prema Bogu. Autorke (Королева, Сивакова, 2017: 192–197) smatraju da je neophodno da se pitanje eutanazije uključi u sve nastavne programe na fakultetima i medicinskim školama u Rusiji.

11.2 Za eutanaziju

Suprotno od navedenog, postoje zalaganja za eutanaziju i argumenti u prilog tome, koje iznose neki filozofi (James Rachels, Peter Singer), smatrajući ih moralno opravdanim kada je čovek teško (beznadežno) bolestan ili povređen i ima nepodnošljive bolove. To je situacija koja nalaže samilost i „milosrdnu smrt“ i svako ko izrazi sumnju u ovakav način okončanja života je bezobziran prema njihovim patnjama. Često se u prilog ovakvom mišljenju navodi primer životinja, kojima čovek olakšava patnje tako što ih „uspavljuje“, te se smatra da na taj način treba pomoći i ljudima (Bachelard, 2002: 131).

Holandija je primer dobrog modela (medicinskog i pravnog) za legalizaciju (2002)[276] asistiranog samoubistva, koga mogu da prihvate druge države, kao i Kanada, za šta se i zalaže Barbuzi (Barbuzzi, 2014: 16–19), kritikujući Kanadski zakon. Kanadski zakon ne zabranjuje samoubistvo, ali zato kriminalizuje samoubistvo uz pomoć drugog. Kanadski zakon omogućava fizički sposobnim osobama da sačuvaju autonomiju i završe život kako žele (suicid), dok je to onemogućeno fizički slabima. Veruje se da su ove osobe podložne uticajima drugih pri donošenju odluka, tako da se zabranom u

275 Na uzorku od 469 ispitanika (studenata medicine i medicinskih radnika).

276 Ukoliko je kvalitet života pacijenta loš zbog ekstremnih bolova i on nema nadu za poboljšanjem zdravlja, te stoga želi da umre, zakon nalaže da želju treba poštovati (De Haan 2002. prema Barbuzzi, 2014: 18).

stvari „čuva njihova autonomija". Takođe se smatra da će, ukoliko se asistirano samoubistvo legalizuje, početi da ga *traže* i ljudi koji nisu u tako teškom zdravstvenom stanju i invalidi. S druge strane, u Holandiji funkcioniše *sistem* i podrška eutanaziji. Najpre dvoje lekara procenjuje osobe koje žele eutanaziju, a potom tim stručnjaka (medicine, prava, etike) analizira svaki slučaj. Postavlja se pitanje stvarne autonomije pacijenata i procenjuje dokumentacija da se ne bi *stalo na klizav teren*. Omogućena je psihološka pomoć pacijentu i članovima porodice. Dakle, pasivna eutanazija je legalna u Kanadi, ali je potrebno da se dekriminalizuje asisitirano samoubistvo i aktivna eutanazija kojima se navodno štiti autonomija pacijenta. Novi zakon i medicinski modeli mogu da smanje dosadašnje strahove javnosti od asisitiranog samoubistva u Kanadi. Holandija zato predstavlja dobar model u uspostavljanju balansa između zaštite i slobode.

Prema nekim autorima u Srbiji, pravo na život ne isključuje pravo na smrt (Živković, 2015: 58). Međutim, da bi se realizovalo pravo na smrt neophodno je da se sprovodi u humanim uslovima – hospisima (nad ljudima u terminalnoj fazi bolesti), pod strogo definisanim uslovima, uz pomoć tima stručnjaka. Diskutuje se stav Lekarske komore Srbije, po kojoj je eutanazija u suprotnosti sa medicinskom etikom, te stoga lekar treba da odbaci i osudi eutanaziju. Sa druge strane, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti reguliše se pravo pacijenta da odbije sve vrste medicinskih tretmana, čak i ako dovedu do smrtnog ishoda.

11.3 Stavovi prema eutanaziji

Važni podaci o kulturnim i društvenim razlikama koji utiču na individualne stavove prema eutanaziji nađeni su u 33 zemlje[277] (Verbakel, Jaspers, 2010: 109–117). Izdvojena su 4 faktora: religiozni, „klizav teren", obrazovanje i nacionalnost. Pojedinci koji su religiozni, kao i oni koji žive u religioznijim zemljama u odnosu na one koji žive u sekularnim zemljama, snažno se suprotstavljaju eutanaziji. Negativniji stavovi prisutniji su u zemljama sa islamskom veroispovešću, dok su stavovi protestanata i ljudi koji žive u protestantskim zemljama tolerantniji u odnosu na katolike i zemlje sa dominantnom katoličkom veroispovešću, tako da hrišćanske zemlje – *katoličke*, zauzimaju srednju poziciju. Iznenađujuće je da su zemlje sa dominantnom pravoslavnom veroispovešću tolerantnije prema eutanaziji od drugih.

277 Podaci za studiju uzeti su iz Studije evropskih vrednosti (European Values Study, 1999/2000). U pitanju su nacionalno reprezentativni uzorci iz zemalja u kojima eutanazija tada nije bila legalizovana (Verbakel, Jaspers, 2010: 117).

Negativan stav prema eutanaziji, koji je označen kao „klizav teren“, u stvari je strah da će eutanazija zloupotrebiti vulnerabilne grupe, i takođe je prisutan u zemljama sa manje odgovornim sistemom zdravstvene zaštite. Stariji ljudi i drugi pripadnici vulnerabilnih grupa su znatno češće protiv eutanazije, čak i oni stariji koji imaju porodice i adekvatnu brigu od strane članova porodice.

Obrazovaniji ljudi podržavaju tezu o autonomiji i imaju pozitivniji stav prema eutanaziji u odnosu na manje obrazovane, a ovo je prisutno i u zemljama u kojima autonomija predstavlja visoku vrednost. Treba uzeti u obzir da na stavove o autonomiji i dostojanstvu utiče i lično iskustvo, npr. življenje pored osobe koja ima karcinom i snažne bolove. Svedoci fizičkih patnji drugih ljudi mogu pre podržati stav o „dostojanstvenoj smrti“ – eutanaziji. Međutim, strah od nepodnošljive patnje ne mora se zasnivati samo na ličnom iskustvu, već može da dolazi iz šireg konteksta. Ako su prisutne patnje na širem, nacionalnom nivou, one mogu uticati na stav o „dostojanstvenoj smrti“ (Isto).

Treba uzeti u obzir da se zemlje razlikuju i prema prevalenci različitih neizlečivih bolesti i mogućnostima saniranja bolova. Moguće je da je u ovim zemljama i viša stopa suicida povezana sa neizlečivim bolestima. Potrebno je da se u budućim istraživanjima ispituju zastupljenost i kvalitet palijativne nege u različitim zemljama. Palijativno zbrinjavanje može da smanji strah od bola, kao i potrebu za eutanazijom, a ovo može da utiče na smanjenje stavova kojima se odobrava eutanazija.

12. Prevencija suicida

SZO (2012: 13–14) smatra identifikaciju rizičnih i protektivnih faktora za suicid (individualnih, sociokulturnih i situacionih)[278] ključnim komponentama za Nacionalnu strategiju prevencije. Poznavanjem ovih faktora, Nacionalna strategija prevencije suicida može da bude osmišljena tako da na najefikasniji način kombinuje različite strategije (opšte, selektivne i indikativne),[279] u cilju smanjenja stope samoubistva, uz uspostavljanje, poboljšavanje i održavanje upravo zaštitnih faktora.

Uvažavajući faktore koje navodi SZO, ipak treba naglasiti da prevencija suicida, pre svega, podrazumeva delovanje na različite vrste odnosa i ponašanja u društvenom, porodičnom i socijalnom kontekstu, koje je moguće ostvariti putem *dobrih* politika (uz političku volju i zakonsku

278 U *rizične faktore* se ubrajaju: 1. *individualni* – prethodni pokušaji suicida, mentalne bolesti, zloupotreba alkohola i droga, osećanje beznadežnosti, nedostatak socijalne podrške, izolovanost, impulsivnost, agresivne tendencije, istorija zlostavljanja, hronične bolesti i hroničan bol, akutan stres, porodična istorija samoubistva, neurobiološki faktori; 2. *sociokulturni* – stigmatizovanje bolesnih, loš ili onemogućen pristup ustanovama za zdravstvenu zaštitu i mentalno zdravlje i lečenje bolesti zavisnosti, kulturna i religijska verovanja koja opravdavaju suicid ili ga smatraju ličnim izborom, izloženost uticaju medija koji na neadekvatan način pišu o samoubistvu; 3. *situacioni faktori* – gubitak posla ili finansijski problemi, gubitak socijalnih kontakata, laka dostupnost sredstava za izvršenje suicida, stresni životni događaji. U *zaštitne faktore* su uključeni: snažna povezanost sa porodicom i zajednicom, posedovanje veština za rešavanje problema i sukoba i nenasilno rešavanje svađa, lična, socijalna, kulturna i verska uverenja koja obesrabruju samoubistvo, ograničen pristup sredstvima za izvršenje suicida, pristup institucijama za lečenje mentalnih i somatskih bolesti (SZO, 2012: 13–14).

279 Opštim strategijama se deluje na stanovništvo u celini, selektivnim na posebne grupe u riziku (u odnosu na sociodemografske karaktersistike, prisustvo mentalnih poremećaja i zloupotrebu supstanci), indikativnim na osobe koje su pokušale suicid.

regulativu). U pitanju su sledeće mere: obezbeđenje adekvatnih penzija i zdravstvene zaštite; bezbednost u pritvoru i zatvoru, poštovanje ljudskih prava; sprečavanje: zlostavljanja dece u porodici (misli se na sve vrste zlostavljanja, a posebno seksualno), mobinga (na radnom mestu) i bulinga (u školi), homofobije i stigmatizovanja osoba sa težim psihičkim oboljenjima (psihoze) i fizičkim hendikepom; smanjenje dostupnosti vatrenog oružja; regulisanje dostupnosti alkohola i određenih vrsta lekova, kao i toksičnih sredstava; odgovarajuće medijsko izveštavanje itd. I pored toga što se samoubistvo ne bi moglo zaustaviti primenom svih navedenih mera, stopa suicida bi se svakako smanjila. Za ovakvu tvrdnju postoje dokazi iz većeg broja istraživanja.

Sličnu podelu faktora kao SZO daju i neki autori (Dahlberg, Krug, 2002. prema McNeill, 2013: 12–13), te u rizične faktore iz *društva* ubrajaju dostupnost sredstava za izvršenje suicida i neodgovorno izveštavanje o suicidu u medijima, a u protektivne dostupnost medicinskih usluga koje se bave mentalnim i fizičkim zdravljem. Rizični faktori iz *lokalne zajednice* su slaba dostupnost ili nedostupnost medicinskih usluga i predrasude prema osobama koje imaju psihičke probleme ili prema korišćenju psihijatrijskih usluga; iz *sistema odnosa* – visoko konfliktni i nasilni odnosi, porodična istorija suicida; iz *sistema individue* – mentalne bolesti, zloupotreba supstanci, prethodni pokušaji suicida i impulsivnost/agresivnost. Potom se govori o protektivnim faktorima povezanim sa *lokalnom zajednicom* – sigurnost i podrška u školskom i socijalnom okruženju i resursi za dalju kontinuiranu brigu o osobama koje su bile hospitalizovane u psihijatrijskim bolnicama; sa *sistemom odnosa* – povezanost pojedinca sa porodicom, zajednicom, socijalnim institucijama i zdravstvenim sistemom; na *individualnom nivou* – posedovanje veština za rešavanje i prevazilaženje problema, razloga za življenje i moralnih dilema oko suicida.

12.1 Ekonomska procena programa prevencije suicida

Ekonomisti su poslednjih godina počeli da se bave ekonomskim determinantama samoubistva i ekonomskim procenama različitih programa prevencije.[280] Postoji više metoda ekonomske procene, a često se navode

280 Relativno visoka stopa izvršenih i pokušanih suicida u svetu utiče na društvo tako što povećava i troškove. U direktne troškove se ubrajaju: usluge HP, hospitalizacije, autopsije, psihoterapijske usluge za osobe koje su pokušale suicid kao i za članove porodica i prijatelje preminulih. U indirektne troškove spadaju: gubitak produktivnosti i budućih zarada, nastalih usled smrti samoubistvom, kao i patnja i strah porodice i prijatelja koji mogu da uslove gubitak produktivnosti, bolovanja i korišćenje usluga u institucijama za mentalno zdravlje. S druge strane, samoubistva se, prema istraživa-

metode ekonomske analize i metode efikasnosti troškova. Merenje ishoda (efikasnosti) vrši se pomoću nemonetarnih jedinica, u koje spada broj osoba koje su sprečene da izvrše suicid, kao i broj sačuvanih godina života. Druga metoda, tj. ekonomska analiza, koristi se za merenje troškova programa i strategija prevencije suicida. Tako je utvrđeno da su efikasne metode (finansijski isplativije) kontrola upotrebe pesticida i vatrenog oružja i upotrebe gasa u kućnim uslovima. Na primer, procena ekonomskih troškova zbog depresivnog poremećaja u SAD (prema ranijim studijama) iznosila je 4,6 milijardi dolara. S obzirom da je oko 60% suicida povezano sa depresijom, može da se proceni koliko državu „koštaju samoubistva". Potom, izgubljen životni vek košta državu 7 milijardi dolara. Prema novijim podacima, u Japanu (2006), troškovi za samoubistvo koštaju državu 197 miliona dolara. Slični su troškovi i u evropskim zemljama.

Lakše je proceniti efikasnost programa prevencije kada se analiziraju direktni troškovi za hospitalizacije, usluge HP, psihoterapijske usluge, ali je teže proceniti sve troškove povezane sa „vrednošću života – budućim zaradama, radnom efektivnošću..." (Altinanahtar, Sari, 2012: 231–233).

Iako je važno procenjivati efikasnost programa prevencije i sa ekonomske strane, smatramo da svaki program prevencije suicida, posebno onaj koji se bavi protektivnim faktorima koji dolaze iz društva i porodice, utiče na smanjenje stope suicida. U daljem tekstu se razmatraju neki akcioni planovi za poboljšanje mentalnog zdravlja, Nacionalni programi prevencije suicida i jedan broj strategija koje se primenjuju za specifične grupe (mladi, zatvorenici, etničke manjine), za smanjenje dostupnosti oružja i supstanci, kao i odgovorno medijsko izveštavanje.

12.2 Briga o mentalnom zdravlju i prevencija suicida u institucijama za mentalno zdravlje

U okvir Akcionog plana mentalnog zdravlja za period 2013–2020. uključene su različite politike kojima se podržavaju aktivnosti društva za zdravlje i blagostanje građana (SZO, 2012), važne i za prevenciju suicida.[281] Dobro zdravlje se smatra vrednim resursom, korisnim za sve sektore i celo društvo. Stoga, zdravlje ima suštinski značaj za ekonomski i dru-

---

njima, povećavaju u vreme ekonomskih kriza i ekonomskih depresija usled nezaposlenosti i gubitka posla (Altinanahtar, Sari, 2012: 222–223).

281 U nacrtu evropskog okvira politike za zdravlje i blagostanje – *Zdravlje 2020*, sadržani su određeni strateški pravci i prioritetne oblasti za delovanje politike. Zajednički ciljevi u 53 države članice su „značajno unapređenje zdravlja i blagostanja stanovništva, smanjenje nejednakosti u zdravlju, jačanje javnog zdravlja i obezbeđivanje zdravstve-

štveni razvoj i treba da predstavlja osnovnu brigu u životu svake osobe, svih porodica i zajednica. Ekstremne nejednakosti u zdravlju povezane su sa društvenim nejednakostima i ponašanjem koje utiče na zdravlje (SZO, 2012 – Regionalni komitet za Evropu, 62. zasedanje).

Važno je da strategije prevencije budu prilagođene kulturnim različitostima, dok stručnjaci za mentalno zdravlje kroz edukaciju (psihoedukaciju) mogu smanjiti samostigmatizaciju obolelih. U politikama se predlažu integrisane usluge, i to u institucijama za mentalno zdravlje, centrima za socijalni rad i u društvenom setingu, koje su namenjene osobama koje pate od teške i umerene depresije i drugih mentalnih bolesti, a kojima bi se obuhvatilo još 20% ljudi do 2020. Sastavni deo ovog Plana je i prevencija suicida sa ciljem smanjenja od 10% u svim zemljama. U pitanju je multisektorska prevencija suicida koja podrazumeva: ranu identifikaciju problema i nalaženje načina za prevazilaženje suicidnih misli, potom praćenje i podršku u zajednici osoba koje su pokušale suicid, ograničenje pristupa sredstvima za izvršenje suicida, smanjenje štetne upotrebe alkohola (SZO, 2016: 62).

Iako veliki broj ljudi bar jednom u toku života ima suicidne misli, koje nisu dovele do pokušaja suicida, njihovo prisustvo treba shvatiti ozbiljno.[282] Osobama koje imaju suicidne ideje treba obezbediti psihoterapijsku i/ili medikamentoznu terapiju. Prema podacima, značajan je broj prijema u psihijatrijske institucije zbog suicidnih ideja. Na Novom Zelandu iznosi oko 30% od ukupnih prijema, u SAD[283] između 40% i 80% čine osobe koje su imale suicidne misli i pokušale suicid, dok je u Engleskoj treći najčešći uzrok hospitalizacija uopšte, i to posle kardiovaskularnih oboljenja.

---

nih sistema usredsređenih na ljude, koji su univerzalni, ravnopravni, održivi i visokokvalitetni".

282 Prema nekim međunarodnim studijama o povezanosti pokušaja suicida sa suicidnim idejama, nađeno je da su faktori rizika: ženski pol, velika (*major*) depresivna epizoda, panični poremećaj, zloupotreba alkohola, nezaposlenost. Potom, istraživanje rađeno u 17 zemalja potvrđuje da je među rizičnim faktorima ženski pol, nizak nivo obrazovanja, povezanost suicidnih misli u toku iste godine u kojoj je pokušan suicid. U zemljama sa visokim prihodima pokušaji suicida vezuju se za anksiozni poremećaj, poremećaj raspoloženja i slabu kontrolu impulsa, dok prva dva poremećaja nisu tako značajno povezana sa pokušajima suicida u zemljama sa niskim i srednjim dohotkom (Øiesvold et al. 2012: 419–420).

283 Prema podacima iz SAD, 1,2 milona ljudi je u toku 2011. pokušalo suicid. Od toga je 61,2% dobilo profesionalnu pomoć, a 43,9% je boravilo u psihijatrijskoj instituciji jedan dan ili duže. Stariji od 26 godina su češće tražili pomoć i bili hospitalizovani u odnosu na uzrasnu grupu od 18 do 25, koja, u stvari, najčešće ima suicidne misli i pokušava suicid. Stoga se smatra da starosnoj kategoriji „18–25" treba obezbediti znatno veću dostupnost psihijatrijskih usluga, zdravstveno osiguranje preko roditelja, i da je nužno da se povećaju napori za smanjenje stigmatizacije zbog korišćenja ovakvih usluga (McNeill, 2013: 172).

Ovi podaci ukazuju da je neophodna dobro organizovana prevencija suicida u psihijatrijskim bolnicama, među pacijentima sa suicidnim idejama, kao i prevencija ponovnog pokušaja i suicida među pacijentima koji su pokušali suicid. Posebno je važna za muškarce koji imaju suicidne misli, jer se oni znatno ređe od žena obraćaju za pomoć psihijatrijskim institucijama (Øiesvold et al. 2012: 420–422).

Programi prevencije ponovnog pokušaja suicida važan su metod u sprečavanju samoubistva. Briga o osobama koje su pokušale suicid posle hospitalizacije pokazala se efikasnom u sprečavanju ponovljenih i izvršenih suicida. Neki od ovih programa su norveški *Norwegian Baerum Model* i danski *Amager Project*. Prema danskom programu, sa pacijentima se aktivno radi u vreme hospitalizacije, a po izlasku iz bolnice pacijenti se *prate* tako što se pozivaju telefonom, kontaktiraju putem pisma, razglednica i mejlom, pozivaju na kontrole. Glavni cilj ovog programa je stvaranje i održavanje kontakta sa pacijentom. Period različitih psihosocijalnih intervencija traje 6 meseci i nazvan je „OPAC", a obuhvata informisanje, rešavanje problema, posvećenost, kontinuitet. Primenjuju se različite intervencije na individualnom i grupnom nivou (prepoznavanje i analiza krize, priče o suicidnim mislima, osećanja vezana za samoubilačko ponašanje, motivacija za nastavak terapije...). Istraživanje efekata *Amager* projekta u Danskoj u periodu od 5 godina, ukazuje da je u grupi pacijenata koji su bili uključeni u program broj ponovnih pokušaja suicida bio za 26% manji u odnosu na grupu koja nije bila u programu. Ipak, u grupi nije bilo pacijenta sa shizofrenijom i teškom depresijom (Lahoz et al. 2016: 548–551).

Važno je istaći da samoubistvo predstavlja jedan od glavnih uzroka prerane smrti u populaciji osoba sa težim mentalnim poremećajima. Zato je izuzetno važna dostupnost psihijatrijskih usluga, a time i omogućavanje prevencije samoubistva kroz tretman različitih simptoma i sindroma. Primarna zdravstvena zaštita ima veliku ulogu u prevenciji, pre svega u otkrivanju prvih suicidnih simptoma[284] i upućivanju na dalji psihijatrijski, psihoterapijski tretman. Posebno se smatra važnim kontakt lekara opšte prakse sa pacijentima koji imaju suicidne simptome. Prema nalazima, 80% osoba koje su izvršile suicid posetile su lekara 6 meseci pre ovog čina, 50% mesec dana ranije i 40% nedelju dana ranije (Cohen, 2003: 428).

284 Prema procenama, jedna trećina ljudi ima suicidne misli u toku života, što svakako ne znači da će se i suicidno ponašati. U SAD je procenjeno da je 2012. ozbiljne suicidne misli imalo 8,4 miliona odraslog stanovništva. Svrstani su u 3 grupe: oni koji nemaju suicidni plan niti pokušaj; oni koji imaju suicidni plan, ali ne i pokušaj suicida; oni koji su pokušali samoubistvo sa ili bez plana. Ipak, većina ljudi koji su imali suicidne misli nisu pravili plan niti pokušali suicid (McNeill, 2013: 166).

12.3 Nacionalni programi, strategije i prevencija suicida

Prvi Nacionalni program za prevenciju suicida, koji je sproveden u Finskoj 1985, doveo je do pozitivnog ishoda – smanjenja stope suicida od 9%. Program je bio baziran na edukaciji u zajednici uz vodiče o faktorima rizika za suicid (za škole, vojne institucije, sveštenstvo, sektor socijalnih usluga). Potom je sličan program realizovan u SAD, 2001. godine,[285] sa sledećim ciljevima: promovisanje ideje (osvešćenosti) da je samoubistvo javno-zdravstveni problem koji se može sprečiti; razvijanje široke podrške za prevenciju suicida, sprovođenje programa prevencije u lokalnim zajednicama, sprovođenje strategija za smanjenje stigme prema korisnicama psihijatrijskih usluga i usluga Centara za prevenciju suicida, sprovođenje obuke za prepoznavanje rizičnog ponašanja i pružanje efikasnog tretmana, smanjenje pristupa sredstvima koja se mogu koristiti u cilju samoubistva, razvijanje efikasne kliničke prakse, poboljšavanje sistema nadzora, poboljšavanje izveštavanja o suicidima, zloupotrebi PAS i mentalnim bolestima u medijima (Goldney, 2008: 74–75).

Primena sličnog programa prevencije u Australiji smanjila je stopu suicida za čak 50% kod mladih muškaraca, u periodu 1997–2004, ali samo kod pripadnika srednje i više klase, dok se ova promena nije dogodila među siromašnijom muškom populacijom.[286] Prema istraživanjima u SAD (1990–1996; 1997–2004), program koji je obuhvatio pet miliona ljudi koji rade u vazduhoplovstvu bitno je smanjio stopu suicida. Program je bio fokusiran na uklanjanje stigme pri traženju psihosocijalne pomoći, edukaciju o mentalnom zdravlju i poboljšanje pristupa ovim uslugama (Isto, 76).

Posle prve nacionalne strategije u SAD iz 2001, sledeći Nacionalni program prevencije, izmenjen i dopunjen u odnosu na prethodni, počeo da se realizuje 2012. godine. Promenama su obuhvaćeni sledeći ciljevi: bolje razumevanje povezanosti samoubistva sa mentalnim bolestima, zloupotrebom supstanci, traumom i nasiljem; potom dobijanje većeg broja informacija o grupama koje mogu biti u povećanom riziku od suicidnog ponašanja, povećanje znanja o najefikasnijim vrstama intervencija i što sveobuhvatnija i koordinisana implementacija programa (McNeill, 2013: 8–10).

---

285 Sledeći Nacionalni program prevencije, izmenjen i dopunjen u odnosu na prethodni, počeo da se realizuje 2012. Istaknuto je da smanjivanje broja suicida u SAD zahteva angažman i posvećenost velikog broja ljudi na vlasti i onih koji rade u različitim sektorima, kao što su javno zdravlje, mentalno zdravlje, zdravstvena zaštita, vojska, biznis, zabava, mediji i obrazovanje (McNeill, 2013: 2).

286 Ovo je značajan nalaz koji ukazuje na potrebu za različitim programima prevencije, a još tačnije za programima rešavanja socijanih problema.

Posebno važnom smatra se *prevencija u zajednici* koja obuhvata: smanjenje predrasuda prema osobama koje imaju problem sa mentalnim zdravljem i suicidnim ponašanjem, što vodi ka većem prihvatanju od strane članova porodice, prijatelja i okruženja; dobijanje visokokvalitetnih usluga u institucijama za mentalno zdravlje koje su *lingvistički* i kulturno prilagođene, a koje mogu pozitivno uticati na smanjenje ponavljanja depresivnih simptoma (epizoda); dobijanje dovoljnog broja informacija u zajednici o samoubistvu i tretmanu; dostupnost različitih vrsta usluga u zajednici, kao što su učenje veština za rad na rešavanju problema, treninzi za povećanje rezilijentnosti i generalno razvijanje protektivnih aktivnosti koje mogu da pomognu pojedincu, porodici i njegovoj socijalnoj mreži. Edukacija o samoubistvu, koja se sprovodi u zajednici, pomaže u održavanju boljeg mentalnog zdravlja osoba koje imaju psihičke tegobe i suicidne misli, ali je značajna za sve druge sisteme podrške – porodice i socijalnu mrežu.

U Srbiji još nema Nacionalnog programa za prevenciju suicida. Telefonsko savetovalište za prevenciju suicida otvoreno je 2010.[287]

12.3.1 Strategije povezane sa smanjenjem dostupnosti i zabranom prodaje sredstava za izvršenje suicida

U pojedinim državama se primenjuju određene strategije za smanjenje suicida smanjenjem dostupnosti određenih supstanci ili zabranom njihove prodaje. Tako, na primer, restriktivno zakonodavstvo nije jedini način prevencije, ali istraživanja ukazuju da je smanjena dostupnost sredstava za izvršenje suicida, posebno vatrenog oružja, doprinela smanjenju stope samoubistva u Kanadi, Austriji, Australiji i na Novom Zelandu (Goldney, 2008: 71–73). U ranijim studijama ukazivalo se na povezanost stope suicida sa dostupnošću pesticida. Danas je nađena ista povezanost u Indiji, u ruralnim delovima, i sa uvođenjem politika smanjenja dostupnosti ove supstance smanjen je i broj suicida (WHO, 2017: 43).

SZO navodi nekoliko primera dobre prakse. Primer je Republika Koreja, koja spada u države sa visokim stopama suicida (2015. stopa je bila 28,3 na 100.000) i u kojoj se jedna petina samoubistava izvršava trovanjem pesticidima. Kada je 2012. zabranjena prodaja nekih pesticida, broj sui-

287 „Telefonsko savetovalište predstavlja zajednički projekat Sekretarijata za zdravstvo grada Beograda, Centra za životne veštine i „Telekoma Srbija". Ovo je prvo savetovalište te vrste u Beogradu, i biće na raspolaganju svakom ko potraži ovakvu vrstu pomoći na besplatan telefon 0800–201–200, od 18 do 8 časova ujutru, svakodnevno, vikendom i praznicima" (http://www.pressonline.rs/info/beograd/101223/otvoreno-telefonsko-savetovaliste-za-prevenciju-samoubistva.html), pristupljeno 9. 4. 2018.

cida među muškarcima i ženama se smanjio, dok se ništa nije promenilo u prinosima poljoprivrednih proizvoda. Koreja predstavlja dobar primer kako osigurati siguran pristup pesticidima u cilju smanjenja upotrebe ove supstance za izvršenje samoubistva.

Drugi primer je Ruska Federacija (WHO, 2017: 43–44), koja je uvođenjem zakona o kontroli i prodaji alkohola uspela da smanji potrošnju za 3,5 litara po glavi stanovnika u periodu 2007–2016.[288] Smanjen je broj alkoholnih psihoza i trovanja alkoholom, a povezanost zloupotrebe alkohola i alkoholizma sa suicidima je poznata. Ovo je dobar primer smanjenja morbiditeta i mortaliteta u jednoj državi, ali i prevencija suicida.

12.3.2 Programi u zajednici: obuke, obezbeđivanje „vrućih tačaka“, smanjenje dostupnosti oružja

Stvaranje bezbednije zajednice za življenje podrazumeva i upotrebu različitih preventivnih strategija koje mogu da spreče suicid. Povećanje svesti o samoubistvu i sprečavanje samoubistva može se postići kroz obuku pojedinaca, organizacija i različitih grupa u zajednici. Antidiskriminatorni programi takođe su direktno povezani sa programima prevencije suicida. Poznato je da je u velikom broju zajednica prisutna diskriminacija na osnovu pola, rase, etničke i seksualne pripadnosti i invalidnosti, te bi uklanjanje socijalne isključenosti i diskriminacije stvorilo sigurniju zajednicu sa nižim stopama suicida.

Svi članovi zajednice su sposobni da učestvuju u prevenciji samoubistva (iako je mali broj ljudi obučen za pružanje stručne pomoći tj. psihoterapijskih i socioterapijskih usluga), koja može da se postigne na različite načine. Tako se preporučuje građenje i osnaživanje zaštitnih faktora kao što su jačanje socijalne mreže, inkluzivnog okruženja i promovisanje obraćanja za pomoć.

Jedan od primera obuke u zajednici[289] je „LivingWorks“ program u Australiji, koji ima sledećie ciljeve: prepoznavanje „znakova“ suicidnog ponašanja, otvoren razgovor sa osobama koje imaju suicidne misli, pokazivanje razumevanja i brige uz procenu rizika, rad sa osobama koje imaju suicidne misli sa ciljem povećanja njihove sigurnosti, građenje odnosa

288 Od raspada Sovjetskog Saveza 1991. godine došlo je do značajnih društvenih, ekonomskih, demografskih i drugih promena, koje su uticale i na zdravstveni sistem i povećan morbiditet i mortalitet. Konzumacija alkohola i trovanje alkoholom se bitno povećalo.

289 Programi obuke pojačavaju važnu neformalnu podršku prijatelja i članova porodice. SOS telefoni, preko kojih ljudi u krizi dobijaju pomoć od strane osoba obučenih za ovu vrstu rada, takođe su važni za prevenciju.

sa njima i uključivanje porodice, prijatelja i stručnjaka. Prema nalazima, jedna četvrtina osoba koje traže pomoć ne žive sami, te se upućuju na otvoreniju komunikaciju sa članovima porodice i podstiču na traženje drugih vrsta usluga u zajednici, sa porukom „niste sami". „Kampanja za otvorenu komunikaciju" se takođe sprovodi u Australiji (RUOK) i ukazuje na značaj pozitivne komunikacije i podrške drugima. Podstiče se traženje pomoći, promovišu telefonske linije za pomoć i usluge za krizne situacije (Healey, 2014, 29–31).

Nacionalna koalicija za prevenciju suicida u Australiji oslanja se na principe *kolektivnog uticaja,*[290] sveobuhvatnog pristupa koji se bavi i problemima samoubistva, uspešno primenjivanog u SAD. Najuspešnije inicijative u SAD su one koje animiraju sva tri sektora: zajednicu, radnu sredinu i lokalnu i državnu upravu. U pitanju je 6 elemenata važnih za uspešan kolektivni doprinos: 1. zajednički jasno određen plan u koji će se svi biti uključeni, 2. zajednički ciljevi i mere, 3. zajednički okvir izveštavanja, 4. stalna komunikacija i razmena informacija, 5. jedna glavna organizacija za sprovođenje plana (Isto, 33–34).

Sklanjanje i držanje oružja na sigurnim mestima, kao i postavljanje prepreka na određenim mestima koja se često koriste za samoubistva, takođe su veoma važne strategije u zajednici. Postavljanje prepreka na mostovima i na drugim visokim mestima u Švajcarskoj[291] dovelo je do pozitivnih rezultata i smanjenja stope suicida skokom. Najpre su određene tzv. vruće tačke, a potom postavljene barijere i sigurnosne mreže. Stopa je smanjena za oko 70% postavljanjem barijera, a 77% postavljanjem mreža. U drugim državama (Engleska, Novi Zeland, Kanada) takođe je potvrđen značaj postavljanja barijera na mostovima i navodi se da je visina od 3,3 m najefikasnija u sprečavanju skoka. Istraživanja ukazuju da je postavljanje barijera, uz prisustvo policije, telefona za pomoć u hitnim slučajevima i video nadzora, uspešan metod prevencije suicida skokom sa visine (Hemmer et al. 2017: 2–4).

Poznato je da pristup oružju (posebno ako se čuva u kući otključano i napunjeno municijom) povećava rizik od samoubistva, a samoubistva izvršena upotrebom oružja (pištolja) spadaju u najsmrtonosnija (u preko 90%). Zbog velikog broja suicida (50%) izvršenih vatrenim oružjem u SAD, sma-

290 Australijanci žele da u sledećoj deceniji smanje broj samoubistava i broj pokušaja samoubistava za 50%. Iako je to ambiciozna ideja i program, oni veruju da cilj može da se ostvari dobro organizovanom prevencijom u zajednici. Za sada je u Nacionalnu koaliciju za prevenciju suicida uključeno 20 neprofitnih organizacija, a očekuje se još veći broj zainteresovanih.

291 Samoubistava u Švajcarskoj skokom sa visokih mesta predstavljaju četvrti po redu način izvršenja suicida. Većina skokova je sa zgrada, dok je jedna trećina sa mostova.

tra se da bi važne mere prevencije mogle da budu iznošenje oružja iz kuće i skladištenje, čuvanje na određenim mestima. Navode se agencije koje sprovode zakon u vezi sa oružjem i trgovci pištoljima kao mogući „čuvari oružja". Predstavnici agencija i trgovci smatraju da oružje treba držati zaključanim u kući – kupiti uređaje za zaključavanje, potom držati ga van kuće, kod rođaka ili prijatelja, ali i skladištiti ga u posebnom prostoru koji bi oni obezbedili, posebno kada su porodice zabrinute zbog mentalnog zdravlja nekog od svojih članova (Runyan et al. 2017: 1789–1792).

12.4 Prevencija suicida među migrantima i etnički manjinskim grupama

Procenjuje se da 244 miliona ljudi u svetu živi van zemlje porekla, a posebnu brigu među njima zahtevaju grupe izbeglih i azilanata. Migranti spadaju u ranjive grupe zbog nižeg socioekonomskog statusa i lošije zdravstvene zaštite, što je posledica siromaštva i diskriminacije, te je i njihovo mentalno i fizičko zdravlje lošije (SZO, 2016: 26–27).

Istraživanja suicidnog ponašanja etničkih manjina u Evropi veoma su retka, i pored saznanja da zapadna Evropa postaje sve više multikulturalna. U mnogim evropskim zemljama primećena je viša stopa pokušaja suicida među migrantima, a posebno adolescentima i ženama, u odnosu na autohtono stanovništvo. Suicidi, koji su generalno prisutniji u muškoj populaciji, među migrantima imaju višu stopu od većinskog stanovništva u mnogim zemljama, mada se u nekim zemljama javlja i niža. Prema istraživanjima, pokazalo se važnim dizajniranje posebnih preventivnih programa za suicidno ponašanje, namenjenih etnički manjinskim grupama, koji podrazumevaju poznavanje kulture i religije migranata.

Tako se preporučuje skrining program za imigrantkinje – mlade žene i adolescentkinje u Holandiji i ostalim multikulturalnim evropskim državama, sa ciljem smanjenja stope pokušaja samoubistva. Program treba da uključi rizične faktore koji dolaze iz porodičnog sistema – odnose sa roditeljima i fizičko i seksualno zlostavljanje. U istraživanju je primećeno (Van Bergen et al. 2010: 515–516, 526–527) da su porodični faktori, kao što su zloupotreba PAS i mentalne bolesti roditelja, značajan faktor pokušaja suicida, snažniji od obrazovanja imigrantkinja (turskog i marokanskog porekla) i socioekonomskog statusa porodice. Dakle, prevencija treba da bude fokusirana na porodični kontekst.

Jedan od metoda prevencije suicida, usmeren na etničke manjine (Japance), primenjen je u SAD putem obuke pripadnika ove etničke grupe u

pružanju pomoći članovima porodice, prijateljima, komšijama koji imaju suicidne ideje. Nazvan je „Čuvari kapije". Japanci, koji imaju visoke stope suicida u SAD, kada su u krizi radije se obraćaju za pomoć osobama iz njihove socijalne mreže, nego stručnjacima za mentalno zdravlje. Zato se program obuke sastoji u edukaciji o prepoznavanju rizika za samoubistvo i načinima pružanja pomoći (Teo et al. 2016: 1–5, 9). Programom su obuhvaćena: predavanja o kulturnom kontekstu i suicidu u Japanu, obuka o prepoznavanju različitih simptoma karakterističnih za presuicidno ponašanje, načinima *ubeđivanja* da se osoba u krizi obrati stručnjaku za pomoć, gledanje filma sa temom suicida, interaktivna diskusija na temu prevencije suicida sa ciljem povećanja samoefikasnosti i promovisanja pozitivnog ponašanja.

Dizajniranje posebnih preventivnih programa predlaže se i za starije emigrante. Starije osobe spadaju u rizičnu grupu za suicid, a migracija može da bude dodatni rizični faktor, posebno ukoliko se dogodila u srednjem životnom dobu, a uz to integracija u novu sociokulturnu sredinu nije zadovoljavajuća. Istraživanje mišljenja starijih o samoubistvu na Tajvanu[292] (Chen et al, 2014: 1–2), uz izdvajanje onih koja se smatraju protektivnim, preporučena su za specifične programe prevencije za starije. Izdvojena su sledeća mišljenja (6 tema): zadovoljstvo životom; svest da samoubistvo ne rešava probleme, strah da se ne osramote deca, religijska uverenja, stav da treba živeti u harmoniji sa prirodom i odsustvo razmišljanja o samoubistvu. Identifikovani zaštitni faktori – razlozi za život, mogu biti korisni za programe prevencije za starije, kao i starije tajvanske emigrante u evropskim zemljama.

12.5 Prevencija suicida u zatvorima

U skoro svim zemljama najčešći uzrok smrti u zatvorima je samoubistvo, a procenjuje se da je od 3 do 6 puta prisutnije nego u zajednici. Smatra se da razlike u stopama suicida zavise od politike i organizacije u zatvoru, ali česta neusklađenost između politike i prakse vodi ka povećanom nasilju prema drugima i prema sebi. Iako postoje posebni dokumenti o upravljanju suicidnim ponašanjem u „modernijim" zatvorima, koji obuhvataju identifikaciju i podršku zatvorenicima koji su u riziku i koji mogu da „nanesu štetu" sebi i drugima, ova neusklađenost šteti zatvorenicima. Zato uspešna realizacija prevencije suicidnog ponašanja zavisi, s jedne strane od efikasnog, opšteg i multidisciplinarnog upravljanja u zatvorima,

292 Tajvan ima više stope suicida (35,8 na 100.000) u odnosu na SAD, Nemačku, Ujedinjeno Kraljevstvo i Italiju.

a s druge, od dopune *opšteg* specifičnim programima, kao što je menadžment suicidnog ponašanja.

Do sada nije uloženo dovoljno napora u razvoj teorijskih modela potrebnih za istraživanje fenomena suicidnog ponašanja u zatvorima. Radovi su uglavnom deskriptivni, sa fokusom na identifikovanju rizičnih i zaštitnih faktora.[293] Ipak, pri dizajniranju programa prevencije suicida potrebno je identifikovati i rizične faktore koji su povezani sa ličnim karakteristikama i karakteristikama socijalne sredine iz koje osoba dolazi, kao i sa specifičnim faktorima rizika u zatvoru. Lični faktori i oni koji su povezani sa sredinom dolaska su: prethodna samopovređivanja, zloupotreba PAS, slaba socijalna podrška, mentalno oboljenje. U specifične rizične faktore iz zatvora spadaju: boravak u pritvoru, osuđenost za nasilje, duga zatvorska kazna, jednokrevetna soba.

Za preventivne programe u zatvorskom kontekstu od velikog značaja su dobra trijaža, tj. skrining, i procena, kao i uvođenje proaktivnijeg i pozitivnijeg pristupa i rodno specifičnih standarda korisnih u radu sa ženama. U zatvorskom sistemu treba da rade stručnjaci različitih profila, koji dele brigu i odgovornost za zatvorenike. Menadžerima zatvora data je veća sloboda u osmišljavanju i realizaciji različitih programa, pa i programa prevencije suicida, a posebno od kada su zatvori u procesu dobijanja veće autonomije u upravljanju. Stoga se očekuje adekvatno znanje iz ove oblasti. Pošto je utvrđen povećan rizik za suicid kod pritvorenika, preporučuje se da prijem uključi što veći broj informacija o njihovom zdravlju (fizičkom i mentalnom), a posebno podatke o ranijem samopovređivanju. Preporučuje se da pritvorenici takvu vrstu upitnika popunjavaju u prisustvu medicinskog osoblja iz zatvora.[294]

---

293 Od 1990-ih se povećava broj istraživanja suicida u zatvoru i razvija teorija i metodologija, a dominiraju dva pristupa. Jedan, formiran na osnovu učenja psihodinamskih teoretičara i Karla Meningera, kao i sociioloških teorija, posebno Dirkemove, po kojima je samoubistvo „poslednja tačka" na kontinuumu samodestruktivnog ponašanja. Ovaj pristup je uticao na razvoj studija o samodestruktivnom ponašanju. Drugi je povezan sa retrospektivnim studijama o osobama koje su izvršile suicid u zatvoru. Navodi se temeljnije istraživanje, rađeno 1997, koje je bazirano na modelu istraživanja emocija i povezanosti sa suicidnim ponašanjem u zatvoru. Nađena je povezanost između stanja besa i različitih vrsta samodestruktivnog ponašanja (Towl, Crighton, 2017: 141, 39).

294 Rad nacionalne humanitarne organizacije – Prison Advice and Care Trust (PACT), koja pruža pomoć novopridošlim zatvorenicima, značajna je u ranom otkrivanju i sprečavaju pogoršanja mentalnih bolesti, kao i nastanka akutnih poremećaja (za koja je posebno rizičan period ulaska u zatvor). Ovakvo podržavajuće okruženje omogućava novopridošlim zatvorenicima da sa osobljem humanitarne organizacije podele zabrinutost i strahove i da dobiju različite informacije potrebne za lakše prilagođavanje zatvorskim uslovima života. Služba nazvana „Prva noć u pritvoru" ima značajnu

Veoma je značajno uvođenje „sigurnih ćelija“ i „Centra prve noći“, što podrazumeva nadzor i procenu pritvorenika u prvih nekoliko sati, dana, kao i kasnije do prebacivanja u zatvor. Takođe se preduzimaju mere zaštite osoba koje su uslovno otpuštene, jer je kod bivših zatvorenika primećena viša stopa suicida u odnosu na opštu populaciju. Smatra se da su zatvorenici uglavnom vulnerabilni i nedovoljno pripremljeni za izlazak iz zatvora i povratak u zajednicu, a to posebno važi za zatvorenike koji služe kratke kazne. Zato je potrebno da se uvedu programi intenzivne pomoći bivšim zatvorenicima, kako bi prepoznali svoje sprecifične potrebe i kako bi im bio omogućen pristup uslugama. Posebno treba obratiti pažnju na osobe koje pate od mentalnih poremećaja i dolaze u zatvorsko okruženje, jer kod njih rizici mogu biti još veći (Show, Humber, 2012: 87–90).

Ipak, dokazano je da je oporavak moguć i u zatvorskom setingu. Tako se danas u modernim zatvorima koriste različite vrste grupnih psihoterapija i socioterapija (radna okupaciona i terapijska zajednica), a nešto ređe i individualna terapija. Koristi se kognitivno-bihevioralna psihoterapija koja se fokusira na smanjenje faktora rizika za kriminalno ponašanje i neutralizaciju opasnosti, a takođe i na netolerisanje i gubitak privilegija u slučaju nasilja, pretnji, upotrebe alkohola u zatvorskoj bolnici. U nekim zatvorima, rad sa osobama obolelim od psihoza obuhvata trening socijalnih veština i izlaženja na kraj sa psihotičnim simptomima, potom, uspešan program koji se bavi promenom kriminalnih stavova i rešenjem socijalnih problema, kao i stres-menadžment program za opuštanje i uživanje u fizičkim aktivnostima. Takođe se koriste i art terapija, kojom je moguće menjati osećanja, mišljenja i ponašanja povezana sa rizičnim ponašanjem, muzikoterapija fokusirana na promenu raspoloženja, socijalne interakcije, smanjenje anksioznosti, kontrolu besa, razvoj samopouzdanja, kao i terapija plesom i drama terapija u koju može da se uključi i odigravanje izvršenog zločina na sceni (Ljubičić, 2015: 118–126).

Poznato je da socijalna i fizička izolovanost i nedostatak podrške negativno utiču na mentalno zdravlje zatvorenika, pa su za prevenciju suicida važne socijalne intervencije u zatvorima, koje podrazumevaju osnaživanje socijalnih interakcija kroz smeštajne strategije i „Svrsishodne aktivnosti“. Na primer, žene mogu da budu smeštene zajedno, uzimajući u obzir njihove godine starosti i govorni jezik, potom da specijalno obučeni zatvorenici, koji se nazivaju „slušaocima“, pomažu osobama koje imaju problem, zatim zatvorenici vršnjaci mogu da podstiču jedni druge za uključivanje u edukativne aktivnosti. Socijalna podrška uključuje i posete od strane prijatelja i članova porodice, te nastavljanje održavanja porodičnih i prijatelj-

---

ulogu u prevenciji nastanka akutnih psihičkih problema kod pritvorenika. Smatra se da ovakve službe treba uvesti u sve zatvore (Walker, 2016: 83–85).

skih veza. Uključivanje „Svrsishodnih aktivnosti" u zatvorsku svakodnevicu podrazumeva konstruktivno provođenje vremena. Smatra se važnom preventivnom strategijom koja obuhvata različite aktivnosti: rad, obrazovanje, sport, edukaciju, komunikaciju sa drugim zatvorenicima, telefonske kontakte sa porodicom i prijateljima[295] (Walker, 2016: 85–91).

U Engleskoj i Velsu u jednom broju zatvora postoji tim koji se bavi nadzorom i brigom o zatvorenicima, u ovom slučaju najvulnerabilnijim na samoubistvo. Prikupljeni podaci se svrstavaju u 4 kategorije: demografski faktori, psihološki i psihosocijalni faktori, istorija ranijih događanja i klinička istorija, trenutni kontekst. Povećan rizik od suicida povezan je sa sledećim faktorima, koji pripadaju svakoj od navedenih kategorija koje *smeštaju* zatvorenike u grupu ranjivijih: nizak ekonomski status, nepovoljne okolnosti u detinjstvu, nestabilni odnosi i mentalna bolest. Trenutni kontekst – zatvor (atmosfera i organizacija radnih i slobodnih aktivnosti u zatvoru i odnosi sa drugima), predstavlja važan faktor, koji može da deluje kao okidač za suicidno ponašanje. Negativno zatvorsko okruženje posebno utiče na žensku populaciju, čije su stope suicida znatno više u odnosu na stope suicida žena u zajednici (ali je stopa suicida muškaraca u zatvorima znatno veća). Suprotno, pozitivno zatvorsko okruženje – uspostavljanje dobrih odnosa između osoblja i zatvorenika,[296] utiče na otvoreniju komunikaciju i otkrivanje osećanja i misli o samoubistvu, a time i na sprečavanje realizacije suicida. Potrebno je obratiti pažnju na starije zatvorenike osuđene zbog seksualnih prestupa, na zatvorenike osuđene na doživotne kazne, mlade i pritvorenike (Towl, Crighton, 2017: 93–96).

Primer uspešne primene preventivnih programa u zatvorima nađen je u Engleskoj i Velsu, gde je bitno smanjena stopa suicida u zatvorima u poslednjih 20 godina. U pitanju su multidsciplinarni programi koje sprovode (i preuzimaju odgovornost) zatvorski menadžeri i zdravstvene službe. Zajednički (partnerski) rad na problemu sprečavanja suicida uključen je u zatvorsku politiku. Važnim za prevenciju pokazali su se – povoljna zatvorska atmosfera i kultura (dobar odnos između osoblja i zatvorenika, razvijanje veština slušanja i saosećanja od strane osoblja i integracija

295 Trenutno, u engleskim zatvorima nema akreditovanih psiholoških programa, iako je sproveden jedan pod nazivom „Sigurnost", koji je uključivao je rad sa ženama, individualno i u grupi, sa ciljem poboljšanja kognitivnih veština – snalaženja u problematičnim situacijama.

296 Pre više od 25 godina, Samarićani su počeli da obučavaju zatvorenike u pružanju pomoći drugim zatvorenicima, smatrajući ovakvu vrstu edukacije važnom u prevenciji suicida. Oni su bili prva humanitarna organizacija koja je doprinela institucionalizaciji ovakvog pristupa. Mlađi od 18 godina takođe se obučavaju u pružanju pomoći mlađima u zatvoru i novopridošlim mladim zatvorenicima po programu nazvanom „Insajderska šema". (Towl, Crighton, 2017: 98).

zatvorenika); komunikacija i saradnja između osoblja (čuvara, psihologa, lekara ...) i zatvorenika koji su u visokom riziku za suicid i tretmani poboljšanja mentalnog zdravlja; analiza slučajeva samopovređivanja u zatvorima i dolaženje do zaključaka o promenama u praksi koje bi pomogle u sprečavanju ovakvog ponašanja među drugim zatvorenicima; pozitivan stav zatvorskog menadžmenta prema prevenciji suicida i preuzimanje odgovornosti za sprovođenje mera prevencija; menadžeri zatvora treba da poseduju specifična znanja i veštine i da imaju iskustvo u radu sa ljudima (Slade, Forrester, 2015: 738–739, 749–753).

12.6 Preventivni programi suicida namenjeni adolescentima i mladima

Samoubistvo među mladima predstavlja ozbiljan javno-zdravstveni problem, kao i pokušaji samoubistva i prisustvo suicidnih misli. Širi pregled podatka o suicidnom ponašanju mladih u svetu ukazao je da oko 10% pokuša suicid, a oko 30% ima suicidne misli. Postoji problem u čestom netraženju pomoći od stručnjaka od strane mladih, pa su programi prevencije suicida neophodni u svim zemljama. Univerzalni programi su usmereni ka stanovništvu, ka svim mladim osobama, a dizajnirani su da poboljšaju zaštitne faktore ili smanje faktore rizika u populaciji. Selektivne intervencije su usmerene ka mladima koji su u riziku, koji imaju suicidne ideje ili su imali pokušaje suicida.

Prema metaanalizi 29 programa prevencije suicida mladih u Australiji (Calear et al. 2016: 470–480), utvrđeno je da se 31% odvijalo u školi, 47% u okviru zdravstvenih i institucija za mentalno zdravlje i 22% u zajednici. Procenom efekata programa prevencije utvrđen je značaj psihoterapijskog rada, posebno sa terapijom fokusiranom na problem, kao i psihosocijalne intervencije – socijalna podrška, psihoedukacija i motivacioni intervju. Program „promovisanja prevencije samoubistva“ i „ranih intervencija“, koji se sprovodi u školskom okruženju, smatra se veoma efikasnim. Programi fokusirani na pojedince smanjili su suicidne ideje, dok su programi fokusirani na grupe i porodice uticali na smanjenje broja pokušaja suicida, dok je kombinacija jednih i drugih uticala i na suicid, pokušaje i suicidne misli. Iz toga sledi zaključak da su potrebni višestruki pristupi u prevenciji suicida mladih, tj. kombinacija univerzalnih i selektivnih intervencija.

Program „Sistem mentalnog zdravlja u školama“ (Schmidt et al. 2015: 18–20), koji se primenjuje u SAD, takođe obuhvata strategije „ranih intervencija“ u školskom okruženju, koje podrazumevaju prepoznavanje znakova depresije ili presuicidnog ponašanja kod učenika. Uključuje pri-

kupljanje podataka o onima koji mogu biti izloženi riziku (akademskom ili nekim drugim promenama u školskom okruženju), edukativne programe za školsko osoblje (prepoznavanje i pružanje pomoći ili upućivanje na stručnu pomoć u školi ili u zajednici), korišćenje alata (testova) za skrining suicidnih ideja i ponašanja... Poznat je SOS program (u trajanju od 2 dana) koji kombinuje različite strategije, obuhvata edukativni trening i skrining. Postoji veći broj preventivnih strategija namenjenih školskom okruženju, samo je važno da škole nađu način da ih implementiraju u svoj sistem.

Prema jednom istraživanju[297] prisustva suicidnih misli među učenicima u osnovnoj školi, u okviru sprovođenja programa prevencije suicida u školama u SAD, došlo se do podataka o povezanosti suicidnih misli sa, pre svega, porodičnim problemima, potom zlostavljanjem u porodici, tugom i gubitkom i raskidom sa partnerom. Nađeno je da je između 9% i 12% (u četiri godine) učenika imalo suicidne misli u poslednjih godinu dana. Implementacija programa (sa više strategija) dovela je do pozitivnih promena u znanju i ponašanju učenika – traženju pomoći ukoliko imaju suicidne misli, ali i obraćanju za pomoć od strane njihovih porodica. Takođe su adekvatno znanje dobili i socijalni radnici i psiholozi u školama (Isto, 22–25).

Značajno za prevenciju suicida je lečenje adolescenata i dece od depresije i zloupotrebe PAS[298] u institucijama za mentalno zdravlje. Mladima koji pate od depresivnog poremećaja, potrebno je obezbediti što efikasniji tretman, koji podrazumeva, pre svega, psihoterapijski rad, a ukoliko je neophodno i medikamentoznu terapiju. Na primer, za lečenje depresije primenjuje se strukturisana terapija učenjem, program socijalnih veština, igranje uloga, modelovanje, dok se u lečenju zloupotrebe alkohola koristi edukacija, kognitivno-bihevioralna terapija, bračna terapija roditelja i porodična terapija. Važno je uključiti roditelje u tretman, jer se, prema nalazima, većina porodica iz kojih dolaze adolescenti sa problemima depresije i zloupotrebe supstanci, opisuju kao manje: kohezivne, komunikativne, sigurne i podržavajuće. Roditelji takođe mogu biti depresivni, a i

297 U okviru programa za prevenciju samoubistva, „Sistem mentalnog zdravlja u školama", korišćeni su „Program žute trake" i sticanje znanja o samoubistvu i traženju pomoći. Primenjen je u 9 osnovnih škola u ruralnoj oblasti Merilend i obuhvatio je anketiranje učenika (iz roditeljsko odobrenje) o suicidnim idejama, a potom edukaciju i ponovno anketiranje.

298 Prema jednom istraživanju, suicidno ponašanje kod mladih, starosti 20 godina, bilo je povezano sa poremećajima u detinjstvu ili adolescenciji, i to poremećajem pažnje i hiperaktivnošću, antisocijalnim poremećajem ličnosti, zloupotrebom supstanci, mada jedna trećina mladih nije ranije imala psihičke probleme i probleme sa ponašanjem (Goldsmith, 2001: 4).

konzumenti alkohola i drugih PAS. Najefikasnijim se pokazala kombinacija dvaju terapija, i to porodične i grupne terapije adolescenata (Wodarski et al. 2003: 25–28).

U srednjim školama takođe se primenjuju metode učenja životnih veština u cilju rešavanja različitih problema adolescenata, a koje su značajne i za prevenciju suicida. U okviru ovog programa postoji deo koji se odnosi na depresiju i samoubistvo. Uče se tehnike za „upravljanje depresijom" koje podrazumevaju: rešavanje problema, povećanje interpersonalnih veština, smanjenje stresa, povećanje samopoštovanja, potom za poboljšanje socijalne i porodične interakcije i održavanje stečenog znanja i ponašanja. Rad u malim grupama pokazao se veoma korisnim za adolescente. U grupama stiču nova znanja o visokorizičnom ponašanju, posledicama konzumacije alkohola i droga, povezanosti depresije sa suicidnim ponašanjem, lekovima za depresiju, smanjenju impulsivnosti, ali se i takmiče u stečenom znanju. Grupa vršnjaka pozitivno utiče na promene i održavanje *novog* ponašanja, a takođe je veoma važna za smanjenje socijalne izolovanosti mladih.

12.7 Prevencija zloupotrebe i zavisnosti od alkohola kao prevencija suicida

I pored značajnih varijacija u konzumaciji alkohola u svetu, u toku 2015. korišćeno je 6,3 l čistog alkohola po glavi stanovnika (starijih od 15 godina), a teška opijanja prisutna su kod 16% populacije (SZO, 2016: 36). Zloupotreba i zavisnost od alkohola mogu biti jedan od uzroka suicidnog ponašanja, a dobro organizovana prevencija utiče na smanjenje stope konzumacije (štete po zdravlje pojedinca i zajednice) i na smanjenje stope suicida (povezanost konzumacije alkohola sa suicidom opisana je u delu rada *Zloupotreba i zavisnost od alkohola i suicidno ponašanje*).

Prevencija je suštinska komponenta strategije u *borbi protiv* alkohola i droga. Preventivne inicijative imaju veću verovatnoću da budu uspešne ako predstavljaju političku odluku i imaju jednaku podršku kako profesionalnih organizacija, tako i cele zajednice. Ukoliko je fokus preventivnih strategija usmeren na ostvarive ciljeve, koji imaju smisla za ljude i njihov svakodnevni život,[299] verovatno će biti i uspešnije. U nekim okolnostima, konsultacije sa porodičnim terapeutima ili porodičnim lekarima mogu da budu značajne za iniciranje promena. Efikasne intervencije u prevenciji

299 Na primer, slanje poruke da smanjenje konzumacije alkohola smanjuje broj pokušanih i izvršenih suicida.

štete od alkohola podrazumevaju uključivanje niza različitih aktivnosti. U pitanju su: kontrola nivoa upotrebe među stanovništvom; smanjenje štete na individualnom nivou putem poboljšanja ličnih veština i rezilijenci; ciljanje na visokorizične grupe, kao što su deca smeštena u domove, beskućnici, mladi prestupnici; akcije u zajednici sa visokim nivoom lokalnog participiranja (Drummond, 2002. prema Dragišić Labaš, 2016).

Navešćemo neke značajne strategije prevencije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, koje se često primenjuju u Akcionim programima u zajednici (APZ):[300]

1. kontrolisanje broja objekata i lokacija na kojima se prodaje alkohol; dobijanje licenci za prodaju alkohola; zakonsko određivanje uzrasta na kome može da se koristi alkohol; uvođenje zakona koji se odnose na osobe koje su intoksicirane alkoholom; uvođenje taksi na alkoholna pića; smanjenje reklamiranja i sponzorstava;
2. smanjenje konzumacije alkoholnih pića od strane beskućnika; smanjenje unosa alkohola osoba koje „teško" piju; smanjenje mogućih šteta na mestima na kojima se pije, kao što su razbijanje čaša, flaša, piksli, lomljenje stolica;
3. edukacija u školama; intervencije u zatvorima; intervencije na Odeljenjima za hitne slučajeve;
4. kampanje protiv vožnje pod dejstvom alkohola; intervencije od strane konobara; kampanje u medijima (Drummond, 2002. prema Dragišić Labaš, 2016).

Tradicionalni programi su fokusirani na individualnu patologiju, a APZ su okrenuti strukturalnim, ekološkim i kulturnim faktorima, koji su značajni za zloupotrebu supstanci. Važna je podrška cele zajednice u sprovođenju APZ i obezbeđivanje sredstava za realizaciju. APZ su okrenuti opštoj populaciji i traže uključivanje članova zajednice, multifaktorske aktivnosti, multiple nivoe društvenih organizacija koji zadovoljavaju veće nivoe potreba, da imaju efikasne troškove, te da se lakše dolazi i do pojedinaca i grupa koje su u riziku za zloupotrebu supstanci. Zato ovakvi programi obično imaju dugotrajnije efekte od drugih.[301] Zajednički inte-

300 Akcioni programi u zajednici oslanjaju se na teorijske pristupe koji zloupotrebu supstanci povezuju sa rizičnim faktorima, a koji se nalaze u pojedincu i u zajednici. Dakle, rizični faktori su mladi i zajednica u kojoj su supstance lako dostupne. Faktori sredine dele se na strukturalne, sredinske i socijalne, pa je stoga neophodna multipla strategija zastupljena u celoj zajednici.

301 U prvoj generaciji APZ, vezanih za alkoholizam, nisu postignuti očekivani rezultati. U pitanju je više faktora, i to: nedovoljna dužina projekta, različiti interesi učesnika, neadekvatno fokusiranje, prikriveni i suprotstavljeni interesi, politizacija problema,

resi, ulaganje napora, stečeno poverenje, ojačavaju sposobnost zajednice da se bori sa problemima zloupotrebe PAS (Winick, Larson, 1997. prema Dragišić Labaš, 2016).

12.8 Prevencija suicida u populaciji osoba sa invaliditetom i teškim hroničnim bolestima

Problem invaliditeta nije lični problem nastao zbog telesnih i mentalnih ograničenja funkcionalnosti, nego neuspeh društva da obezbedi odgovarajuće usluge i osigura adekvatnu realizaciju potreba ovih osoba. Poznato je da različita društva i kulture, kao i isto društvo u različitim vremenskim periodima, mogu da vide iste zdravstvene disfunkcije različito. Tako je u socijalnom modelu invalidnosti naglasak na socijalnoj nepravdi i društvenoj odgovornosti. Stoga, ovaj model razumevanja invalidnosti omogućava uvid u različite forme socijalnog isključivanja u savremenom društvu i u istorijskoj perspektivi, a predstavlja i teorijsku osnovu za osmišljavanje politika i praksi za njihovo suzbijanje (Petrović, 2016).

Prevencija suicidnog ponašanja među osobama sa invaliditetom zahteva promenu socijalnih stavova (oni nisu nefunkcionalna bića) i time smanjivanje diskriminacije i izolacije ovih osoba, dok bi zajednica prilikom osmišljavanja i prilagođavanja okruženja trebalo da konsultuje osobe sa hendikepom. Osobe sa invaliditetom treba tretirati kao građane i korisnike usluga, a rešenja treba naći u promenama u okruženju: u oblasti arhitekture, životne sredine, kao i društvenih odnosa, političkih i socijalnih stavova (Isto, 23).

Neophodna je česta supervizija u institucijama u kojima su smeštene osobe sa invaliditetom i identifikacija relevantnih rizičnih faktora za suicid. Smatra se da su samoubistva među mladima sa invaliditetom češća u stacionarnim uslovima i da se događaju zbog loših uslova života ili naučenog ponašanja pri boravku u instituciji, ali se ističe i fizičko i seksualno zlostavljanje koje može da se dogodi i u instituciji.

Takođe, određene hronične bolesti predstavljaju rizik za suicid, te je neophodna specifična prevencija, namenjena populaciji sa ovim bolestima. U literaturi se navodi da su to multipla skleroza, HIV, infarkt miokarda, moždani insult, dijabetes, karcinomi, reumatidni artritis, multipla skleroza... Ipak, neke od ovih bolesti *nose snažnu stigmu*, kao što je HIV, dok druge mogu da izazivaju sažaljenje od strane drugih, ali ne i odbacivanje.

---

nedostatak centralne strategije i akcije. U drugoj generaciji APZ, usmerenih na supstance, mnogo se više pažnje posvetilo upravo navedenim problemima.

U slučaju HIV-a, neophodni su posebni programi prevencije povezani sa edukacijom stanovništva, a posebno smanjenjem stigme i diskriminacije, koji su predloženi u programima Nacionalne prevencije od strane SZO.

Prema istraživanjima, psihosocijalni faktori pokazali su se najznačajnijim za suicidno ponašanje obolelih od teških hroničnih bolesti, te bi prevencija suicida, pored ulaganja u savremenije lekove i tretmane, trebalo da se dopuni ulaganjem u rad sa porodicama obolelih i formiranje većeg broja udruženja. Tako su, prema podacima, suicidi kod osoba obolelih od multiple skleroze (MS) česti, i to najčešće u prvoj godini, pošto oboleli sazna za dijagnozu, dok su pokušaji suicida češći kasnije u toku života. Udruženja za multiplu sklerozu pozitivno utiču na povećanje rezilijentnosti obolelih i dužinu života. Preporučuje se da Udruženja uključe u rad edukativne radionice sa temom suicida (Long, Miller, 1991; Nylev Stenager et al. 2011: 1265–1266).

Udruženja se smatraju važnim za sve hronične bolesti, te su njihova osnivanja jedna od važnih strategija u prevenciji suicida.

12.9 Odgovorno izveštavanje u medijima i prevencija suicida

Mediji neretko izveštavaju o samoubistvu na jedan neadekvatan, senzacionalistički i nenaučan način, uz prisustvo stereotipa i zabluda o uzrocima. Najčešće se navodi jedan uzrok, tj. pojedinačni događaj, kao što je neuspeh ili prekid nekog važnog odnosa. Jezik (termini) koji se koristi u opisivanju normalizuje, senzacionalizuje i predstavlja ovaj fenomen kao način rešenja problema, umesto da se govori o samoubistvu kao javno-zdravstvenom problemu i edukuje stanovništvo. Zato se preporučuje da se na kraju svake priče o samoubistvu daju informacije o institucijama, SOS telefonima, stručnjacima od kojih može da se dobije pomoć u slučaju postojanja suicidnih misli ili lošeg psihičkog stanja. Cilj je da se prezentuje i takva vrsta informacija koju čitaoci mogu da iskoriste za, npr. prepoznavanje suicidnih misli i upravljanje rizikom od samoubistva.

Stručnjaci smatraju da ne treba koristiti izraz „epidemija samoubistva“, već umesto njega „rastuće stope suicida“, potom umesto „neuspešno samoubistvo“, termin „nefatalni pokušaj samoubistva“, a umesto „izvršeno samoubistvo“ termin „završeno samoubistvo“, jer „izvršeno“ asocira na kriminalni čin, koji je u mnogim zemljama ranije smatran krivičnim delom, a u nekima i danas, te ne koristiti „mesta za samoubistva“ jer promovišu određene lokacije. U radio i televizijskom izveštavanju vest o samoubistvu treba da bude na trećem ili četvrtom mestu, a ne da se prezentuje

kao *udarna vest*. Takođe, ne treba stavljati tekstove o suicidu na početne strane novina, kao ni fotografije preminulog i mesta na kome se dogodio suicid. Detaljno opisivanje metoda (na primer – trovanje medikamentima uz informacije gde su lekovi nabavljeni i kako su kombinovani i slično) može dovesti do novih saznanja i imitacije (SZO, 2008: 7–10).

Sagovornici u televizijskim emisijama ili štampanim medijima treba da budu stručnjaci koji se bave ovim fenomenom, a podatke o stopama suicida treba uzimati iz pouzdanih izvora, kao što su nacionalni statistički izveštaji ili podaci SZO ili Međunarodne organizacije za prevenciju suicida (ISAP).[302] Noviji mediji – internet, takođe treba da se pridržavaju smernica o odgovornom izveštavanju (Isto, 11).

Mediji su u ranijim periodima često prikazivali filmove i TV serije u kojima su suicidanti pripadali gej populaciji (1960–1970. i kasnije 1990-ih). Samoubistvo je povezivano sa seksualnom nenormativnošću. Širenje informacija o ovakvoj povezanosti nosi rizike da zabavni mediji pojačaju stereotipe o nehetoroseksulanim mladim osobama, koje se predstavljaju kao ranjivije i sklonije samopovređivanju i suicidu u odnosu na njihove vršnjake. Gej muškarci su danas često predstavljeni kroz stereotip sramote i melanholije koji vodi ka suicidnom ishodu, potom kroz odnos između mentalnih poremećaja i suicida i kroz izolovanost i odbacivanje od strane drugih, kroz stigmu, homofobiju i samoubistvo koje predstavlja „vapaj za pomoć". Kroz ovakve prezentacije formira se socijalna percepcija mladih. Treba obratiti pažnju da se adolescenti, krajem 20. i početkom 21. veka, susreću sa diskursima seksualnosti, pre svega u medijima (televizija, film, časopisi), a ne u institucijama (porodica, crkva, škola) (Cover, 2011: 17–19).

Kritike upućene medijima odnose se na način pisanja o suicidu i uticaj na imitaciju, posebno kada se u novinama detaljno opisuje samoubistvo koje je povezano sa nekom poznatom ličnošću. Obično se tri dana po objavljivanju neadekvatnih tekstova dešavaju „imitaciona samoubistva". U većem su riziku mladi i osobe obolele od depresije. Tekstovi se pišu na takav način da se samoubistvo slavnih ličnosti veliča i deluje da društvo odaje priznanje osobi koja ga je izvršila. Više o uticaju interneta i društvenih mreža na samoubilačko ponašanje napisano je u delu ove studije *Internet, društvene mreže i samoubistvo.*

Dilema kako da se uspostavi balans između slobode štampe i odgovornog izveštavanja, koje se smatra veoma važnim u prevenciji suicida, rešena je saradnjom sa predstavnicima medija. Napravljen je dogovor o smernicama izveštavanja o samoubistvu. Tako je u SAD odgovorno izveštavanje uključeno u Nacionalnu strategiju prevencije suicida.

302 The International Association for Suicide Prevention (IASP).

Izveštavanje u štampanim i elektronskim medijima o samoubistvu i osobama koje imaju psihičke tegobe u Srbiji uglavnom je nestručno, stigmatizujuće i senzacionalističko. Osobe sa psihičkim tegobama se opisuju kao one koje nemaju dovoljno kontrole, koje su slabe i sklone samoubistvu, opasne, manje vredne i koje treba izbegavati. Stigmatizacija koja dolazi i od strane medija utiče na proces samostigmatizovanja (Milivojević, 2009: 8).

Istraživanje izveštavanja o samoubistvima u toku 2009. (period od 3 meseca) u našim medijima (Jerkov, 2009: 26–31) ukazuje da se ovom temom najčešće bavila „Pravda", potom „Večernje novosti", „Blic", „Press" i „Glas javnosti", koji su imali od 22 do 45 tekstova, najčešće u crnoj hronici, kao i vestima iz regiona. Uglavnom se ističe jedan razlog za ovakav čin, a najčešće je to: nesrećna ljubav, gubitak posla, loša ekonomska situacija, mentalna bolest. Tekstovi su uglavnom kratki i mali broj je stavljen na naslovne strane (što ipak pokazuje da se poštuju neke preporuke). U ovim tekstovima se koriste nezvanični i nepouzdani izvori podataka, i ne nudi se nikakva vrsta pomoći niti pominju načini prevencije, dok samo oko 3% tekstova spada u kategoriju naučnih. Tekstovi su ili nepotpisani (oko 30%) ili potpisani inicijalima novinara. Oko 25% naslova su krajnje neodgovarajući, te krše preporuke o odgovornom izveštavanju.[303] Najproblematičnija su izveštavanja ukoliko je suicid izvršila osoba koja ima psihičke tegobe. Ima tekstova u kojima se govori o bolnici u kojoj se preminuli lečio, koja je bila njegova dijagnoza, koliko je imao pokušaja suicida, kao i iznošenje nekih detalja iz privatnog života i slično.

Upravo sledeće istraživanje otkriva kako se u štampanim medijima izveštava o osobama koje pate od psihičkih tegoba u Srbiji. Analizom sadržaja o izveštavanju o mentalnim poremećajima (2012–2017),[304] nađeno

303 Pimer su sledeći naslovi: „Majko, ala sam se ubio"; „Penzionerov krvavi pir"; „Horor na šinama"; „Otrovao se zbog posla". U tekstovima se žrtve osuđuju i stigmatizuju, dok se o motivima za suicid nagađa ili uopštava (Jerkov, 2009: 31). Nekoliko naslova iz štampanih medija iz 2016. i 2018. potvrđuje da se preporuke o naslovima i dalje ne poštuju. Primeri su: „Ubistvo pa samoubistvo: Iskasapio ženu posle razvoda" („Kurir"); „Pucao sebi u glavu, lekari mu se bore za život" („Večernje novosti"); „Samoubistvo trudnice: Bojana odnela tajnu u grob" („Večernje novosti"); „Mala Marija pisala dečku, pa okončala sebi život" („Mondo Portal"); „Užas u Pančevu: Muškarac izvršio samoubistvo na ulici, naočigled prolaznika pucao sebi u glavu" („Kurir"); „Novo samoubistvo na Novom Beogradu" („Mondo Portal"); „Strava na Čukarici: Muškarac u parku pucao sebi u glavu" („Kurir").

304 U uzorku je bilo 14 dnevnih novina u kojima je nađeno i analizirano 288 članaka koji su se odnosili na mentalne poremećaje. Uglavnom su korišćeni laički termini, bez konsultacije stručnjaka, a naslovi su uglavnom senzacionalnistički. O mentalnim bolestima se govori uglavnom ukoliko su osobe sa ovim oboljenjem počinile nasilje ili drugo krivično delo.

je da je percepcija izveštavanja u 71,2% negativna, da je samo u jednoj četvrtini članaka konsultovano mišljenje stručnjaka, da je najviše članaka bilo u oblasti „hronika", a najmanje u oblasti „zdravstvo". U izrazito negativne kategorije svrstani su tekstovi u kojima se govori kako je psihijatrijski pacijent izvršio suicid ili ubio ili povredio drugu osobu ili je napao i uznemirio nekoga (Babić, 2017: 22–44).

SZO i Centar za prevenciju suicida u SAD dali su preporuke za odgovorno izveštavanje kojih bi trebalo da se drže sve zemlje, i koje imaju i koje nemaju Nacionalne programe prevencije. U pitanju su sledeće preporuke: izbegavanje velikih i senzacionalnih naslova ili plasiranje vesti na prvim stranama; izbegavanje objavljivanja fotografija ili video snimaka koji se tiču lokacije ili metode izvršenja suicida; potom fotografija ožalošćenih prijatelja, članova porodice i sahrane; izbegavanje opisivanja suicida rečima kao što su npr. epidemija; izbegavanje opisivanja suicida kao neobjašnjivog ili kao da nije bilo znakova upozorenja; izbegavanje opisivanja sadržaja oproštajnih pisama; izbegavanje istraživanja i izveštavanja o suicidu na način sličan kao što se to radi sa kriminalom i krivičnim delima; izbegavanje intervjuisanja policajaca ili prvih osoba koje su došle na mesto izvršenja suicida o uzrocima i izbegavanje opisivanja suicida kao uspešnog ili neuspešnog (Anestis et al. 2015: 1031–1032).

13. Rezime

Fenomen sucida, kao i njegove različite konceptualizacije, uslovljen je mnogobrojnim faktorima i često obojen kontradikcijama, što se može zaključiti analiziranjem različitih diskursa kroz istoriju (zapadne civilizacije). Čak i uvid u dominantnu, donekle pravolinijsku konceptualnu putanju posmatranja suicida, ukazuje na nemogućnost stvaranja „jednog" narativa. Međutim, sagledavanje i kritika takvih narativa nam pomaže da razumemo šta je i kako bilo moguće reći, misliti i raditi u određenom istorijskom, političkom i socijalnom kontekstu.

Počevši od antičke filozofije, oduzimanje sopstvenog života je razmatrano kroz specifičan kontekst socijalnih i moralnih faktora, te je čin samoubistva s jedne strane bio smatran nedozvoljenim, a s druge opravdanim ukoliko postoje „najbolji mogući razlozi" ili ako ga vrše plemići, a čak veličan i smatran plemenitim ako ga počine stariji. Shvatanje samoubistva kao slabosti i kršenja božijih zapovesti nailazilo je na prihvatanje i odobravanje, ali sa širenjem ateizma, od 17. veka nadalje, raste tolerantnost prema samoubistvu kao specifično „ljudskom" postupku. Sa značajnim uticajem medicinskog diskursa u 18. veku, samoubistvo je bilo povezivano sa lošim fiziološkim funkcijama i ludilom. Potom, u 19. veku, ovaj fenomen se povezivao sa lošim uslovima života i siromaštvom. Uprkos dominaciji biopolitičkih struktura i politizovanom vrednovanju života i smrti, o samoubistvu se, kako navodi Alvarez (1975), u 20. veku „ćuti".

Samoubistvo, krajem 20. i početkom 21. veka, iznova izaziva negativnu socijalnu reakciju, samoubica se često osuđuje (smatra mentalno bolesnim) i njegova odluka se vidi kao *individualna*, dok članovi porodica osoba koje su izvršile suicid uglavnom osećaju stid i krivicu zato što ovaj čin nisu uspeli da spreče. Najprisutnija su psihijatrijska objašnjenja, nešto manje psihološka i filozofska, a najmanje sociološka. *Uspešno* zanemariva-

nje ove važne teme, koje je počelo u 20. veku, povezano je sa izbegavanjem priznanja da društvo uvek nosi odgovornost za ovaj čin i da ljudi često oduzimaju sopstveni život zbog niza strukturnih, porodičnih i socijalnih faktora, a ne isključivo mentalnih bolesti (i pored prisustva mentalne bolesti, značajan faktor za odluku o suicidu je negativna socijalna reakcija i nedostupnost institucija za pomoć), dok se nacionalni programi prevencije realizuju samo u nekim razvijenijim zemljama.

Eutanazija ili asistirano samoubistvo ponovo nas vraća na početak priče „za" i „protiv" *nove vrste samoubistva* i ponovo budi strah, osudu, religijska neodobravanja, kao i odobravanja i zahteve za legalizacijom u nekim zemljama gde eutanazija još nije dozvoljena. Danas objašnjenje ovog fenomena obuhvata filozofska razmatranja i različita naučna istraživanja (medicinska, psihijatrijska, psihološka, sociološka) kao i pravne okvire za eutanaziju.

Iz sociološke perspektive, samoubistvo nije samo individualan već socijalni čin, jer niz *spoljnih* faktora oblikuje odluku o suicidu. Ukoliko je društvo bogatije, siromašniji su ugroženiji suicidom, jer se ekonomske razlike udružuju sa odbacivanjem i većom socijalnom izolovanošću, mada je socijalna reakcija na siromaštvo u različitim kulturnim sredinama važnija od samog siromaštva (Petrović, 1990). Ekonomska marginalizacija dovodi do frustracije, nedostatka samopouzdanja, osećanja nemoći i otuđenja, te se jedan broj ljudi *okreće* nasilju, a drugi doživljava teške emocionalne probleme i usmerava agresiju ka sebi. U riziku su manjinske grupe koje uglavnom imaju veću stopu nezaposlenosti i siromaštva. Njihovu frustraciju povećava i stalna „konzumacija trgovačke sreće", koja je važna u postmodernom i bogatijem društvu. U takvom društvu se *paradoksalna sreća* (Lipovetsky, 2008) povezuje sa depresijom, zloupotrebom psihoaktivnih supstanci i suicidom.

Sada možemo da se vratimo na *homo consumericus*-a za koga patnja nema nikakav smisao, a sreća je u stvari *paradoksalna,* te da otvorimo još jednu važnu temu, prelazeći na razmatranja filozofa i socijalnih psihijatara. Za današnjeg *homo consumericus*-a i dalje su aktuelne Senekine reči da *nikada neće biti srećan onaj koga muči srećniji*, te da shvatanje života kao samo srećnog, lepog, materijalno bogatog i opuštenog stanja, bez krivice i negativnih emocija, može voditi ka suicidnom ponašanju. Tako, Striković (1996: 22) govori da je život Sizifov posao koji sadrži nove ideje, želje i misli da se kamen „dogura do vrha", što nije nimalo lako, ali je moguće. Savremene perspektive na ovu temu uključuju i radikalnije ili provokativnije teorije.

Egzistencijalistički pristup se zasniva na idejama da je najviša čovekova borba sa brigama ljudskog stanja, kao što su: sloboda, smrt, izolacija

i besmisao, ali da egzistencijalna krivica treba da se shvati kao „pozitivna konstruktivna emocija". Sedmak (2008) ukazuje da se krivica ranije smatrala neprijatnom, ali korisnom, a danas je ona najnegativnija emocija i toliko opasna da je treba izbegavati. Jerotić (2006) smatra da je važno osećati krivicu, a razumeti sebe kao biće krivice znači biti autentičan. Stoga je egzistencijalistički pristup, koji je zastupljen u psihoterapijskom radu u evropskim zemljama, posebno važan u radu sa osobama koje imaju suicidne misli i ponašanje, jer je fokusiran na tragične dimenzije postojanja, nesigurnost, ograničenja i preuzimanja odgovornosti (Jalom, Lešć, 2013: 124–125).

U psihološkim i psihijatrijskim razmatranjima odluka o suicidu se povezuje sa crtama ličnosti, emocijama, nagonima, mentalnim oboljenjima itd. Međutim, suicidne misli se ne moraju realizovati ukoliko pomoć *stigne u pravom trenutku*. Sudeći po praktičnom (kliničkom) iskustvu, u radu sa osobama koje su pokušale suicid, shvatili smo da ljudi nisu našli način da reše problem, da ga smatraju nepremostivim, da ne znaju ko bi im pomogao, da je tuga prevelika, da ne mogu da oproste sebi, ali na kraju se sve to svodi na trenutno stanje. Trenutno uvek treba podvući. Razlozi za ovaj čin dolaze iz različitih konteksta – socijalnog, porodičnog i društvenog, te u njima treba da se organizuje podrška i prevencija.

Dakle, prevencija se ne može zasnivati na individualnim terapijama u kliničkom kontekstu, već kako i SZO nalaže, na identifikaciji individualnih, sociokulturnih i situacionih rizičnih i protektivnih faktora za suicid (SZO, 2012: 13–14) ili, još preciznije, na različitim vrstama odnosa i ponašanja u društvenom, porodičnom i socijalnom kontekstu, koje je moguće ostvariti putem dobrih politika (uz političku volju i zakonsku regulativu) (Dahlberg, Krug, 2002. prema McNeill, 2013: 12).

I na kraju, iz studija predstavljenih u ovoj knjizi saznali smo da stavovi prema samoubistvu (opšti i religijski) imaju važnu ulogu pri donošenju odluke o izvršenju ovog čina. Empirijski je potvrđeno postojanje opštih vrednosnih orijentacija, i to *ka očuvaju života* i *ka smrti u određenim situacijama*, koji usmeravaju stavove o samoubistvu. Pozitivan stav prema životu i nalaženje smisla života, bez obzira na mentalne i fizičke tegobe, *traži* pomoć društva, stalno dostupnu u različitim institucijama, kako sekularnim tako i verskim, kao i pomoć socijalnog okruženja i porodice.

Summary

The complex phenomenon of suicide together with its conceptualizations is determined by a number of factors and often subjected to contradictory orientations, which can be observed by looking at different discourses throughout the (western) history. In view of a deeper understanding and an interdisciplinary consideration of suicide, this work therefore strived to introduce a range of theoretical perspectives beside the sociological, referring to disciplines such as psychology, psychiatry, cultural and queer studies, bio-ethics, philosophy, etc. Even an insight into the dominant and relatively linear conceptual path of observing suicide indicates the impossibility of creating "one" comprehensive narrative. However, the examination and criticism of such narratives do shed light on what was "possible" to say, think or undertake, in particular historical, political and social contexts.

In the ancient philosophy, the meaning attached to the act of taking one's own life and the validation thereof has already been considered in terms of specific social and moral factors. As a general principle, suicide was deemed illegal, yet it was justified provided there be "best possible reasons for it" or when committed by noblemen and even praised when committed by the elderly. Whereas Christian doctrines regarded suicide as weakness and transgression, with the spread of atheism in the 17th century, it began to be conceptualized as a particularly "human" act and tolerated as such. With the significant influence of medical discourse in the 18th century, suicide was associated with poor physiological functions and with "insanity". In the 19th century, with the increased industrialization and urbanization, this phenomenon was associated with poor living conditions and poverty. Despite the dominance of bio-political structures and

the politicized evaluation of life and death in the 20th century, the issue of suicide paradoxically becomes a "silent" (Alvarez 1975) topic.

At the end of the 20th and the beginning of the 21st century, suicide again provokes negative social reaction, the person who commits it is being condemned, regarded as mentally ill, while the decision is seen as grounded in individual pathology neglecting the social dimension of the issue. This is when psychiatric explanations on the matter become predominant, followed by psychological and philosophical approaches. The successful "topic avoidance" can be associated with an unwillingness to recognize that society is also responsible and that the act of suicide although ultimately an individual decision is inseparably from a number of structural, family and social factors, and certainly not solely grounded in mental illnesses. The presence of mental illness is and remains an important factor, but the negative social reaction and the lack of the institutional support contributes to the problematic, while the prevention programs are implemented only in some countries.

Euthanasia or assisted suicide brings us back to the beginning of the story "for" and "against" a new kind of suicide, and once again arouses fear, condemnation, religious disapproval, as well as approvals and requests for legalization in some countries where euthanasia is not allowed. Today's explanation of this phenomenon includes philosophical considerations and various scientific research (medical, psychiatric, psychological, sociological) as well as a legal framework for euthanasia.

Suicide is not just an individual act, it is a social act, because a number of factors influence the decision to commit suicide. Although the decision to commit suicide is related to personality traits, emotions or mental illnesses, suicidal thoughts do not have to be realized if help arrives at the right moment. Judging by the practical (clinical) experience, with those who attempted to commit suicide, there was no conclusion that patients loved death and that they attempted to commit suicide because they had a great and strong desire to die, but the situation was such that they could not find a way to solve a problem that they considered insurmountable. They did not know who would help them, explain that the sorrow was too great, that they could not forgive themselves, etc., but in the end it all comes down to the momentary state. Momentary should be underlined. The reasons for this act can come from different contexts, including the family and the social environment, therefore both should be involved in developing support and prevention frameworks.

Prevention cannot be based on individual therapies in a clinical context, but as the WHO requires, to identify individual, socio-cultural and

situational risk and protective factors for suicide (WHO, 2012: 13–14), more specifically, different types of relationships and behaviors in the family and social context, which can be achieved through good policies (with political will and legal regulation) (Dahlberg, Circle, 2002 according to McNeill, 2013: 12).

Because the relationship between individual and society was important to us, in this study, we examined the impact of social variables, which proved to be significant and strong risk factors for suicide. Durkheim pointed out that biological concepts cannot explain human behavior, and that human behavior can be understood by explaining the characteristics of social properties (roles, norms, statuses). In his opinion, the behavior of an individual is largely determined by the social order. Durkheim pointed out to the pressure of society (the actions of forces that are outside of the individual) on the individual and viewed suicide as a social act, not as a sin or a social offense.

Sociological studies focused on the research and interpretation of differences in suicide rates using statistical databases, but also on examining attitudes, the impact of social reaction on suicide, social isolation of vulnerable groups, the inaccessibility of certain institutions, sociodemographic characteristics and suicide, the influence of the media on suicidal behavior...

Many studies have confirmed that suicide is a reflection of social conditions. Although the high rate of suicides in societies is considered a social problem, the rate of suicide is, according to Špadijer-Džinić (1988: 112–123) increased in an environment where the social issues are present.

Economic marginalization leads to frustration, lack of self-confidence, feelings of impotence and alienation, a number of people turn to violence, while others experience severe emotional problems and direct aggression toward themselves. Minority groups are often at risk because they are usually affected by higher unemployment and poverty rates. Their frustration is increased by the constant "consumption of merchant happiness", which is important in the postmodern and wealthier societies. Comfortable living has become the highest goal of a democratic society and for the "homo consumericus", a flexible and unusual turbo consumer. In such a society there is a problem with paradoxical happiness (Lipovetsky, 2008), which is associated with depression, abuse of psychoactive substances and suicide.

Especially in rich societies, the poor are more vulnerable to suicide, because economic differences are associated with rejection and greater social isolation, and it can even be argued that social reaction to poverty in different cultural environments is more determining than poverty itself.

Today, in sociological research, Durkheim's theory is supplemented by the inclusion of other important factors for suicide, such as alcoholism and dependence on other PAS and mental illness.

Sociological theories of suicide expand the focus from an individual to society and social factors, while psychological theories deepen the knowledge of suicide as an individual act. Some psychological theories are closer to sociological discourse, such as: the social network theory, which points to the importance of brake in close social contacts, feeling of alienation, limited social support or lack of social support, and the feeling that a person is a burden for people around him or community as a whole, and the theory of suicide as an escape from frustration, which states that psychological pain, conditioned by deprivation of vital needs, is enhanced by external and internal pressures and changes.

Also, the theory of learning and the theory of stress and vulnerability, especially if stress is associated with, for example, a conflict of different cultural and religious norms and beliefs.

For sociologists, more recent psychological researches are important, for example, complicated sadness associated with socio-demographic and cultural factors and researches that indicate the importance of the transition of roles that lead to significant changes. In psychological theories, there is an opinion that people who commit suicide have certain predispositions for such behavior conditioned by poor psychosocial support in childhood, genetic predisposition, personality traits, early trauma, and other factors, while stressors from society are seen as boosters of these predispositions. Therefore, for psychological theories, Durkheim's understanding that social processes can create stressful situations in which people are forced to respond to conditions they have not chosen is important.

We can now turn back to the homo consumericus for whom suffering has no meaning, and happiness is actually paradoxical, and open another important subject – considerations of philosophers and social psychiatrists. For today's homo consumericus, Seneca's saying that the understanding of life as only a happy, beautiful, materially rich and relaxed state, without guilt and negative emotions, can lead to suicidal behavior might still be true. Striković (1996: 22) similarly describes life as Sisyphus work ("Myth of the Sisyphus") which contains new ideas, desires and thoughts towards the aim of "reaching the top", which is not easy, but is possible.

The existentialist approach is based on the idea that the highest human struggle is with the human condition, such as freedom, death, isolation and absurdity, and that existential guilt should be understood as

a "positive constructive emotion". Sedmak (2008) indicates that guilt was previously considered as unpleasant, but useful, and today it is the most negative emotion and is considered to be so dangerous that it should be avoided. Jerotić (2006) considers that it is important to feel guilt, and to understand oneself as a being of guilt is to be authentic. Therefore, the existentialist approach, which is present in psychotherapy in European countries, is especially important when dealing with people who have suicidal thoughts and behaviors, focused on the tragic dimensions of existence, insecurity, constraints and assuming responsibility (Jalom, Lešć, 2013: 124–125).

Moving the analysis from society to the individual and vice versa is necessary in understanding the phenomena of suicide, mediated by psychiatric theories, which describe people with mental health disorders and the connection of psychic problems with suicide.

In earlier psychiatric studies, the importance of the connection of individual (internal) factors (depression, anxiety, aggression, low tolerance to frustration) with suicide was emphasized (Tadić, 1973 according to Opalić, 1990: 154), while neglecting the influence of social factors (external) and awareness in doing this act. Over time, especially in social psychiatry, this connection has gained a significant place. Depression, bipolar affective disorder and schizophrenia are more commonly associated with suicide, as well as alcoholism and dependence on other substances, post-traumatic stress disorder and personality disorder.

Psychiatrists nowadays emphasize the importance of the social context, stating that due to prolonged stress in Serbia, from the 1990s onward, there has been an increase in the number of mental disorders and behavioral disorders (Lečić Toševski et al., 2015), and that in the period 1991–2000 (time of war and economic crisis) there has been an increase in psychological disorders and suicidal behavior among adolescents (Ćurčić, 2001 according to Dragišić Labaš, 2014). Also biological-psychiatric considerations of suicide indicate that psychosocial stress is the most powerful trigger of depressive episodes, while physiological indicators confirm neurobiological and neuroendocrine changes associated with chronic stress and depression. Hence, impaired mental health is always caused by factors that come from family, social environment and society. Despite the criticism of Durkheim's perception of suicide, suicide should be considered as an act that is more than just individual motives and circumstances, and the connection of the suicide with the pressure of society, and in particular that the sense of stability that society provides to an individual can be changed, weakened or disappear completely.

From the studies presented in this book, we learned attitudes toward suicide (general and religious) play an important role in deciding on the execution of this act. The existence of general value orientations which direct suicidal attitudes has been empirically proven. Therefore, the first task would be to examine and alter attitudes toward suicide, which are related to certain cultures. A positive attitude towards life and finding the meaning of life, regardless of mental and physical difficulties, requires the help of society, available in various institutions, both secular and religious, and the help of the social environment and family.

Literatura

- Aalsma C. Matthew, Lapsley K. Daniel, Flannery J. Daniel (2006). Personal Fables, Narcissism, and Adolescent Adjustment, *Psychology in the Schools*, 43, 4: 481–491.
- Ahs M. H. Annika, Westerling, Ragnar (2006). Mortality in relation to employment status during different levels of unemployment, *Scandinavian Journal of Public Health*, 34: 159–167.
- Akkaya-Kalayci, Türka, Popow, Christian, Winkler, Dietmar, Bingöl, Hülya, Demir, Türkay Özlü, Zeliha (2015). The impact of migration and culture on suicide attempts of children and adolescents living in Istanbul, *Int J Psychiatry Clin Pract,* 19: 32–39.
- Alderson L. Sarah, Foy, Robbie, Glidewell, Liz, McLintock, Kate, House, Allan (2012). How patients understand depression associated with chronic physical disease – a systematic review, *BioMed Central Family Practice*, 13, 41: 2–19.
- Alekseeva Semenovna, Larisa (2004). On Violence Against Children in the Home. *Russian Education and Society*, 46, 9: 16–31.
- Allport W. Gordon (1984). Preface In: Frankl, V. *Man's Search for Meaning*, An Introduction to Logotherapy. New York: Simon&Schuster, Inc.
- Altinanahtar, Alper, Sari, Nazmi (2012). Determinants of Suicidal Ideation and Behavior, Economic Theories of Suicidal Behavior and the Economics of Prevention, In: *Frontiers in Suicide Risk: Research, Treatment, and Prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Altinanahtar, Alper, Sari, Nazmi (2012). Determinants of Suicidal Ideation and Behavior, Economic Theories of Suicidal Behavior and the Economics of Prevention, In: Lavigne, J. E. (2012). *Frontiers in Suicide Risk: Research, Treatment, and Prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Alvarez, Alfred (1975). *Okrutni bog, Studija o samoubistvu*. Beograd: Kultura.
- Amore, Mario, Baratta, Stefano, Di Vittorio, Cristina, Innamorati, Marco, Lester, David (2012). Suicide Among the Elderly, In: Pompili, Maurizio (Edit.) (2012). *Suicide: A Global Perspective*. Sharjah: Bentham Science Publishers.

- Arbore, Patrick (2014). A San Francisco-Based Center Reaches Out with Supportive Services for Mid-Life and Older Adults at Risk for Depression and Suicide, GENERATIONS – *Journal of the American Society on Aging*, 38, 3: 27–29.
- Aronson, Elliot, Wilson, D. Timothy, Akert, M. Robin (2005). *Socijalna psihologija*, Zagreb: Mate d.o.o.
- Avasthi, Ajit, Banerjee, Anindya (2012). Suicide Psychosis and Severe Mental Disorders, In: In: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches: Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Ayalon, Liat, Shiovitz-Ezra, Sharon, Pallagi, Yuval (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Aging & Mental Health,* 17, 1: 33–39.
- Bailey S. Frank, Yocum G. Russell (2015). Auditory Processing Learning Disability, Suicidal Ideation, and Transformational Faith, *Journal of Research on Christian Education*, 24: 3–24.
- Babović, M, Ginić, K, Vuković, O. (2010). *Mapiranje porodičnog nasilja prema ženama u Centralnoj Srbiji*. SZRN, Beograd: Uprava za rodnu ravnopravnost.
- Babović, M. (2015). Teorijski i istraživački pristupi u proučavanju nasilja, *Sociologija*, 57, 2, str. 331–352.
- Babić, Maja (2018). Analiza slike mentalnih poremećaja u štampanim medijima u periodu od 2012–2017. Master rad, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
- Bacherald, Sarah (2002). On Euthanasia: Blindspots in the Argument from Mercy, *Journal of Applied Philosophy,* 19, 2: 131–140.
- Bader, Araj (2012). The Motivations of Palestinian Suicide Bombers in the Second *Intifada* (2000 to 2005), *Canadian Review of Sociology*, 49, 3: 211–232.
- Balázs, Judit, Rihmer, Zoltán (2012). Suicide and Bipolar Disorders, In: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Barbuzzi, Miranda (2014). Who Owns the Right to Die? An Argument about the Legal Status of Euthanasia and Assisted Suicide in Canada, *Penn Bioethics Journal,* 10, 1: 16–20.
- Bartram J. David, Yadegarfar, Ghasem, Baldwin S. David (2009). A cross-sectional study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession, *Soc Psychiat Epidemiol*, 44: 1075–1085.
- Bearman S. Peter, Moody, James (2004). Suicide and Friendships Among American Adolescents, *American Journal of Public Health*, 94, 1: 89–95.
- Beechem, Michael (2002). *Elderly Alcoholism: Intervention Strategies*. Springfield: Charles C Thomas, Publisher, LTD.
- Benatar, David (editor) (2010). *Life, Death, and Meaning: Key Philosophical Readings on the Big Questions*. Plymouth: Rowman & Littlefield Publishers.

- Bern, Erih (2003). *Koju igru igraš*. Beograd: Beoknjiga.
- Berđajev, Nikolaj (2002). *O samoubistvu, psihološka studija*. Beograd: Brimo.
- Besnard, Phillipe (2000). Mariage a Suicide, Testing the Durkheimian theory of marital regulation a century later, In: Pickering, W. S. F., Walford, Geoffrey (edit.) (2000). *Durkheim's Suicide: A Century of Research and Debate*. London and New York: Routledge and British Centre for Durkheimian Studies.
- Birkett, Michelle, Mustanski, Brian (2014). Mental Health and Suicidality Among Racially/Ethnically Diverse Sexual Minority Youths, *American Journal of Public Health*, 104, 6: 1129–1136.
- Björkenstam, Charlotte, Andersson, Gunnar, Dalman, Christina, Cochran, Susan, Kosidou, Kyriaki (2016). Suicide in married couples in Sweden: Is the risk greater in same-sex couples? *European Journal of Epidemiology*, 31, 7: 685–690.
- Blakemore, Sophie (2012). Men in mid-life are new high-risk group for suicide, *Mental Health Practice*, 16, 2: 5.
- Blosnich R. John, Brown R. George, Shipherd C. Jillian, Kauth, Michael, Piegari I. Rebecca, Bossarte M. Robert (2013). Prevalence of Gender Identity Disorder and Suicide Risk Among Transgender Veterans Utilizing Veterans Health Administration Care, *American Journal of Public Health*, 103, 10: 27–32.
- Bojanin, Svetomir, Opalić, Petar, Išpanović-Radojković, Veronika (1982). Pristup i indikacije fenomenološko-egzistencijalističke metode u individualnoj psihoterapiji dece i omladine, *Psihijatrija danas*, XIV, 4: 349–360.
- Bokonjić, Srđan, Lečić-Toševski, Dušica, Peruničić, Ivana, Pavlov-Sofronijević, Jasmina, Bokonjić, Jelica, Jovanović, Nikola (2009). Stresogeni životni događaji i unipolarna depresija, *Psihijatrija danas*, 41, 1–2: 5–17.
- Bordwine Beeder, Ann, Millman B. Robert (1997). Patients with Psychopathology, In: Lowinson, Joyce, Ruiz, Pedro, Millman, Robert, Lengrod, John (edit.) (1997). *Substance Abuse, A Comprehensive Textbook*, Pennsylvania: Williams and Wilkins.
- Borill, Jo, Burnett, Rachel, Atkins, Richard, Miller, Sarah, Briggs, Daniel, Weaver, Tim, Maden, Antony (2003). Patterns of self-harm and attempted suicide among white and black/mixed race female prisoners, *Criminal Behaviour and Mental Health,* 13: 229–240.
- Borrill, Jo, Fox, Pauline, Rogerc, Derek (2011). Religion, ethnicity, coping style, and self-reported self-harm in a diverse non-clinical UK population, *Mental Health, Religion & Culture,* 14, 3: 259–269.
- Bostwick B. Wendy, Meyer, Ilan, Aranda, Frances, Russell, Stephen, Hughes, Tonda, Birkett, Michelle, Mustanski, Brian (2014). Mental Health and Suicidality Among Racially/Ethnically Diverse Sexual Minority Youths, *American Journal of Public Health*, 104, 6: 1129-1136
- Birkett, Michelle, Mustanski, Brian (2014). Mental Health and Suicidality Among Racially/Ethnically Diverse Sexual Minority Youths, *American Journal of Public Health*, 104, 6: 1129–1136.

- Bowie I. Sally, Silverman C. Daniel, Kalick, Michael, Edbril, Susan (1990). Blitz Rape and Confidence Rape: Implications for Clinical Intervention, *American Journal of Psychotherapy*, XLIV, 2: 180–188.
- Bozeman, Michael (2014). *The Common Language of Homicide and Suicid: Evidence of the Value of Durkheim's Typologies*, El Paso: LFB Scholarly Publishing LLC.
- Bradić, Zagorka (2005). Samoubilačko ponašanje mladih, pogled unutra, u Ćurčić (ured.) *Unutrašnja i spoljašnja realnost adolescenta*, Beograd: IP "Žarko Albulj".
- Bradvik, Louise, Berglund, Mats (2012). Suicidal Syndrome Rather than Process Related to Suicide in Severe Depression: Evidence from a Controlled Longitudinal Case Study of 100 People Who Died by Suicide, In: Lavigne E. Jill (edit.) (2012). *Frontiers in Suicide Risk: Research, Treatment, and Prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Budinski, Libor (2005). *Samoubistva slavnih*. Pančevo: Mali Nemo.
- Busby Grant, Janie, Van Spijker Bregje, Donker, Tara (2016). A systematic review of psychosocial suicide preventioninterventions for youth, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25: 467–482.
- Cal, Sílvia Fernanda, Santiago B. Mittermayer (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus, *Psychology*, *Health & Medicine*, 18, 5, 558–563.
- Calear L. Alison, Christensen, Helen, Freeman, Alexander, Fenton, Katherine,
- Busby Grant, Janie, Van Spijker Bregje, Donker, Tara (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25: 467–482.
- Callahan, Daniel (2006). Curing, Caring and Coping, *America*, 194, 3: 12–16.
- Casebeer M. Cindy (2012). School Bullying: Why Quick Fixes Do Not Prevent School Failure, *Preventing School Failure*, 56, 3: 165–171.
- Castles, Stephen (2007). Twenty-First-Century Migration as a Challenge to Sociology *Journal of Ethnic and Migration Studies,* 33, 3: 351–371.
- Chang, Shu-Sen, Steeg, Sarah, Kapur, Navneet, Webb T. Roger, Yip SF Paul, Cooper, Jayne (2015). Self-harm amongst people of Chinese origin versus White people living in England: a cohort study, *BioMed Central Psychiatry,* 15, 79: 2–9.
- Chapman L. Alexander, Brown Z. Milton (2012). Cognitive Behavioral Theory of Suicidal Behaviour, In: Lester, David, Kimbrell, Megan, Shrivastava, Amresh (2012). *Suicide From a Global Perspective: Risk Assessment and Management*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Cover, Rob (2011). *Queer Youth Suicide, Culture and Identity: Unliveable Lives*? Farnham: Ashgate Publishing Company.
- Chen, Ying-Jen, Tsai, Yun-Fang, Lee, Shwu-Hua, Lee, Hsiu-Lan (2014). Protective factors against suicide among young-old Chinese outpatients, *BMC Public Health*, 14, 372: 1–15.

- Chiu Y. L Marcus, Ho W. N. Winnie (2006). Family relations and mental health of unemployed middle-aged Chinese men, *Journal of Mental Health*, 15, 2: 191–203.
- Christiansen, Erik, Juul Larsen, Kim (2012). Young people's risk of suicide attempts after contact with a psychiatric department – a nested case-control design using Danish register data, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1: 16–25.
- Claes, Laurence, Van den Eynde, Frederique, Guillaume, Sébastien, Vogels, Caroline, Audenaert, Kurt (2012). Executive Functioning in Borderline Personality Disorder with and without Self-harming Behaviors, In: Lavigne E. Jill (edit.) (2012*). Frontiers in Suicide Risk: Research, Treatment, and Prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Christiansen, Erik, Larsen, Kim Juul, Bilenberg, Niels (2015). Youth, suicide attempts and low level of education: A Danish historical register-based cohort study of the outcome of suicide attempt, *The International Journal Of Social Psychiatry*, 61, 8: 802–810.
- Cockerham C. William C. (2003): *Sociology of Mental Disorder*, New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen J. Bruce (2003). *Theory and Practice of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Congdon, Peter (2012). Latent variable model for suicide risk in relation to social capital and socio-economic status, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47: 1205–1219.
- Cook, Joanne (2010). Exploring older women's citizenship: understanding the impact of migration in later life, *Ageing & Society,* 30: 253–273.
- Cornette M. Michelle, Mathias W. Charles, Marsh M. Dawn, Terri A. deRoon-Cassini, Dougherty M. Donald (2012). Cognition and Suicide, In: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (edit.) (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Coultera W. S. Robert Blosnicha R. John, Bukowskia A. Leigh. Herrick, Siconolfi E. Daniel, Ron D. Stall (2015). Differences in alcohol use and alcohol--related problems between transgender– and nontransgender-identified young adults, *Drug and Alcohol Dependence* 154: 251–259.
- Cover, Rob (2011). *Queer Youth Suicide, Culture and Identity: Unliveable Lives*? Burlington, VT: Routledge.
- Crosby E. Alex, Ortega, LaVonne, Stevens R. Mark (2011). Suicides – United States, 1999–2007. Morbidity and Mortality, Weekly Report (MMWR), Vol. 60.
- Crum, R. M., Brown, C., Liang, K. Y., & Eaton, W. W. (2001). The association of depression and problem drinking: Analyses from the Baltimore ECA follow-up study. *Addictive Behaviors*, 26, 765–773.
- Dedić, Gordana (2014). Gender differences in suicide in Serbia within the period 2006–2010, *Vojnosanitetski pregled*, 71, 3: 265–270.

- Dedić, Gordana, Panić, Milivoj (2010). Faktori rizika od samoubistva kod vojnika Vojske Srbije, *Vojnosanitetski pregled*, 67, 7: 548–557.
- Desai M. Mayur, Rosenheck A. Robert, Desai A. Rani (2008). Time Trends and Predictors of Suicide Among Mental Health Outpatients in the Department of Veterans Affairs, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 1: 115–124.
- Despotović, Tija (2008). Poreklo i značenje straha od smrti u psihoanalitičkoj teoriji, u: Ćorić, B. (ured.) *Čovek između krivice i tuge, grupa i pojedinac*. Beograd: FASPER.
- Dickstein, Daniel, Puzia, Megan, Cushman, Grace, Weissman, Alexandra, Wegbreit, Ezra, Kim, Kerri, Nock, Matthew, Spirito, Anthony (2015). Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury, *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 56, 10: 1127–1136.
- Dirkem, E. (1997). *Samoubistvo,* Beograd: BIGZ.
- Doyle, James, Paludi, Michele (1995). *Sex and Gender, The human*, Madison, Wisconsin: Brown and Benchmark.
- Dragisic Labas, Sladjana (2018). Re-partnership in later life: Do seniors have a right to love? (case study), *Ageing and Human Rights,* Belgrade: Gerontoligical society of Serbia, 153–163.
- Dragišić Labaš, Slađana (1998). Alkoholizam i socijalni problemi ratnih vojnih invalida (rata 1991–1995), Magistarski rad, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Dragišić Labaš, Slađana (2000). Društveni faktori u etilogiji suicidalnog ponašanja ratnih vojnih invalida RVI (rata 1991–1995), *Sociologija*, 42, 2: 159–172.
- Dragišić Labaš, Slađana (2001). Suicidalno ponašanje starih i mladih osoba, *Sociologija*, 43, 4: 363–376.
- Dragišić Labaš, Slađana (2012). *Čovek i alkohol u društvu – od podsticanja do odbacivanja*, Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta i Čigoja.
- Dragišić Labaš, Slađana (2013). Pokušaji suicida starijih osoba, *Gerontologija*, 1: 48–63.
- Dragišić Labaš, Slađana (2015). Nasilje u porodici i upotreba alkohola: mere obaveznog lečenja i prikaz slučaja“ *Sociologija*, 57, 2: 259–273.
- Dragišić Labaš, Slađana (2017). Nova kultura upotrebe alkohola: *binge drinking* – „konzumacija umesto komunikacije“ (prikaz slučaja), *Kultura,* 157: 67–84.
- Dragišić Labaš, Slađana, Ljubičić Milana (2016). *Zloupotreba alkohola i partnersko nasilje u Srbiji: primeri institucionalne podrške*, Simpozijum o bolestima zavisnosti, Zbornik radova u štampi.
- Dragišić Labaš, Slađana, Milić, Milan (1999). Egzogeni faktori u etiologiji suicidalnog ponašanja starih osoba, *Engrami,* Vol. 21, 3–4: 89–99.
- Dragišić Labaš, Slađana, Savić, Borjana, Tošanović Janković, Danica, Nenadović, Milutin (2011). Zloupotreba alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci od

strane obolelih od psihotičnih poremećaja (rodne razlike) u Nastasić P. (ured.) *Medicinske i socijalne mere u tretmanu bolesti zavisnosti*, ZKLAS, Beograd.

- Dragišić-Labaš, S. (2001). Suicidalno ponašanje starih i mladih osoba. *Sociologija,* 43, 4: 363–376.
- Ellis, Albert, Harper A. Robert (1996). *Vodič u razuman život*. Sopot: RET Centar.
- Erić, Ljubomir (1989). Psihoanaliza, u: Morić-Petrović, S. *Psihijatrija*, Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
- Erić, Ljubomir (2011). Klasična psihoanaliza i psihoanalitička psihoterapija – model Sigmunda Frojda, u: Erić, Lj. (ured.) *Psihodinamička psihijatrija, psihodinamički pristup u psihoterapiji*, Beograd: Službeni glasnik.
- Erlangsen, Annette (2013). Media reporting on suicide: challenges and opportunities, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128: 316–317.
- Essex, Nathan (2011). Bullying and School Liability – Implications for School Personnel, *The Clearing House*, 84, 5: 192–196.
- Evans, Rhiannon, Hurrell, Chloe (2016). The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research, *BMC Public Health*, 16: 1–16.
- Extremera, Natalio, Rey, Lourdes (2016). Attenuating the Negative Impact of Unemployment: The Interactive Effects of Perceived Emotional Intelligence and Well– Being on Suicide Risk, *PLoS ONE*, 1–13.
- Feinstein, Anthony (2011). Multiple sclerosis and depression, *Multiple Sclerosis Journal*, 17, 11: 1276–1281.
- Fenigsen, Richard (2012). Other People's Lives: Reflections on Medicine, Ethics, and Euthanasia, *Issues in Law & Medicine*, 27, 3: 231–253.
- Fetters D. Michael (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention, *BMC Psychiatry*, 16: 1–9.
- Fiedorowicz G. Jess, Chigurupati B. Raveendra (2009). The Internet in Suicide Prevention and Promotion, In: Vilens, Alexander, Sher, Leo (2009). *Internet and Suicide,* New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Filipović, Mirko (2010). Bogatstvo zemlje i samoubistvo, *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 9 (1), 209–222.
- Filipović, Mirko (2018). *Društveni žigovi, sociološki eseji*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Filipović, Snežana (2007). *Evaluacija grupne terapije adolescenata iz porodice alkoholičara*, Doktorska teza, Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Finley P. Erin, PhD, Bollinger, Mary, Noël H. Polly, Amuan, Megan, Copeland A. Laurel, Pugh A. Jacqueline, Dassori, Albana, Palmer, Raymond, Bryan, Craig, Pugh, Mary Jo (2015). A National Cohort Study of the Association Between the Polytrauma Clinical Triad and Suicide-Related Behavior Among US Veterans Who Served in Iraq and Afghanistan American, *Journal of Public Health*, 105, 2: 380–387.

- Fitch, Jay, Marshall, Jim (2016). Trauma takes its toll, Addressing the mental health crisis in emergency services, *Public management*, 6–10.
- Foley, Kathleen, Hendin, Herbert (2002). *The Case Against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frankl, Viktor (2000). *Nečujan vapaj za smislom, psihoterapija i humanizam*. Beograd: IP „Žarko Albulj".
- Franzese J. Robert J. (2009). *The Sociology of Deviance: Differences, Tradition, and Stigma*, Charles C Thomas, Publisher, LTD.
- Frei, Andreas (2009). The Swiss System of Militia Army – A Suicide Risk? In: Sher, Leo, Vilens, Alexander (edit.) (2009). *Suicide and the Military*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Fuko, Mišel (2012). *Moć/znanje: odabrani spisi i razgovori 1972–1977*. Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Fuko, Mišel (1976). *Istorija seksualnosti, volja za znanjem*. Beograd: Prosveta.
- Fushimi, Masahito (2012). Sociological Perspectives on Suicide, In: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Gassman-Pines, Anna, Oltmans Ananat, Elizabeth, Gibson-Davis M. Christina (2014). Effects of Statewide Job Losses on Adolescent Suicide-Related Behaviors, *American Journal of Public Health*, 104, 10: 1964–1970.
- Goldacre, Michael, Seagroatt, Valerie, Hawton, Keith (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care, *Lancet*, 31; 342(8866): 283–6.
- Goldney D. Robert (2008). *Suicide Prevention*. Oxford: OUP Oxford.
- Goldsmith K. Sara, Institute of Medicine (U.S.) (2001). *Suicide Prevention and Intervention: Summary of a Workshop*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Goldsmith K. Sara, Pellmar C. Terry, Kleinman M. Artur, Bunney E. William (edit.) (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Goldsmith, Sara K. (2001). *Risk Factors For Suicide: Summary Of A Workshop*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Grubač, Ljubiša (2012). *Napuštanje života: zašto*? Beograd: Partnenon.
- Gunn, F. John (2014). Suicide as Escape: Baechler, Shneidmen, and Baumeister, In: Gunn, F. John., Lester, David (edit.) (2014). *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Gunn, F. John (2014). The Interpersonal – Psychological Theory of Suicide, In: Gunn, F. John., Lester, David (edit.) (2014). Theories of Suicide: Past, Present and Future. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Gunn, F. John and David Lester (2014). Stress-Diathesis Theories of Suicidal Behavior, In: Gunn, F. John., Lester, David (edit.) (2014). Theories of Suicide: Past, Present and Future. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Gunn, F. John., Lester, David (2014). Theories of Suicide: Past, Present and Future. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.

- Hagihara, Akihito, Abe, Takeru (2009). Media Suicide-reports, Internet Use and the Incidence of Suicides in Japan, In: Vilens, Alexander, Sher, Leo (2009). *Internet and Suicide*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Hamil-Luker, Jenifer, Smith, Christian (1998). Religious Authority and Public Opinion on the Right to Die, *Sociology of Religion*, 59, 4: 373–391.
- Hanschmidt, Franz, Lehnig, Franziska, Riedel-Heller, Steffi, Kersting, Anette (2016). The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences – A Systematic Review, *PlosOne*, 11, 9: 1–16.
- Hayward R. David, Krause, Neal (2013). Trajectories of disability in older adulthood and social support from a religious congregation: a growth curve analysis. *J Behav Med*, 36: 354–360.
- Hazel Routley, Virginia, Ozanne-Smith E. Joan (2012). Work-related suicide in Victoria, Australia: a broad perspective, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 19, 2: 131–134.
- Healey, Justin (2012). *Self-harm and Young People*. Thirroul, N.S.W.: Spinney Press.
- Healey, Justin (2014). *Suicide Prevention*. Thirroul, N.S.W: Spinney Press.
- Hecht, Jennifer Michael (2013). *Stay: A History of Suicide and the Philosophies Against It*. New Haven: Yale University Press.
- Hemmer, Alexander, Meier, Philipp Reisch, Thomas (2017). Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland, *PlosOne*, 1–13.
- Hidzir, Nur ʻIzzati, Jaafar, Mastura, Jalali, Alireza (2017). An Exploratory Study on the Relationship between the Personal Factors of the Perpetrator and Workplace Bullying, *Jurnal Pengurusan*, 49: 1–17.
- Hill M. Ryan, Meinzer C. Michael, Dominguez, Natalie, Pettit W. Jeremy (2011). Interpersonal Factors, In: Lamis A. Dorian, Lester, David (edit.) (2011). *Understanding and Preventing College Student Suicide*. Springfield: Charles C Thomas.
- Holmes M. Ronald. Holmes T. Stephen (2006). *Suicide: Theory, Practice And Investigation*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Howard, Louise, Feder, Gene, Agnew-Davie, Roxanne (edit.) (2013). *Domestic Violence and Mental Health*, London: The Royal College of Psychiatrists.
- Hughson, Marina (2018). *Muškarci u Srbiji: promene, otpori i izazovi – Rezultati istraživanja o muškarcima i rodnoj ravnopravnosti*, Beograd: Centar E8.
- Humber, Naomi, Webb, Roger, Piper, Mary, Appleby, Louis, Shaw, Jenny (2013). A national case–control study of risk factors among prisoners in England and Wales, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48: 1177–1185.
- Ignjatović, Đorđe (2006). *Kriminološko nasleđe*. Beograd: Pravni fakultet Univerzitet u Beogradu i Dosije.
- Ignjatović, Đorđe (2015). *Kriminologija*. Beograd: Pravni fakultet i Dosije studio.
- Innamorati, Marco, Pompili, Maurizio, Lester, David, Yang, Bijou, Amore, Mario, Di Vittorio, Cristina, Girardi, Paolo (2012). Economic Crises and Sui-

cide In: Pompili, Maurizio (edit.) (2012). *Suicide: A Global Perspective*. Sharjah: Bentham Science Publishers.

- Institute of Medicine (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*, Washington, DC: The National Academies Press.
- Jakulić, Slobodan (1994). *Urgentna psihijatrija*. Beograd: Srempublik.
- Jalom D. Irvin (2007). *Lečenje Šopenhauerom*. Beograd: Plato.
- Jalom D. Irvim, Lešć, Molin (2014). *Teorija i praksa grupne psihoterapije*. Novi Sad: Psihopolis institute.
- Janjić, Biljana, Beker, Kosana (2016). Osobe sa invaliditetom u institucijama kao žrtve diskriminacije i kršenja ljudskih prava, *Temida*, 19, 1: 109–134.
- Jantzer, Vanessa, Haffner, Johann, Parzer, Peter, Resch, Franz, Kaess, Michael (2015). Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community--based self-report study of adolescents in Germany, *BMC Public Health*, 15: 583–591.
- Jayalakshmi, G. Choudhari, Sriniwas, Mutalik, Narayan, Bhogale Govind (2016). Perception about women and attitude towards a rape victim – a cross sectional study, *Medica Innovatica*, 5, 2: 22–27.
- Jerkov, Milena (2009). Kako mediji izveštavaju o samoubistvu? U: Bibić, Ž., Jerkov, M. (ured.) *Antistigma – mediji, mentalne bolesti i samoubistvo*. Novi Sad: Centar „Srce".
- Jerotić, Vladeta (1984). *Neuroza kao izazov*, Beograd: Medicinska knjiga
- Jerotić, Vladeta (2006). *Ličnost narkomana*. Beograd: Ars Libri.
- Jeyaseelan, L. Sadowski, Laura, Kumar, Shuba, Hassan, Fatma, Ramiro, Laurie, Vizcarra, Beatriz (2004). World studies of abuse in the family environment – risk factors for physical intimate partner violence, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 11, 2: 117–124.
- Joiner, Thomas (2007). *Why People Die by Suicide*. London: Harvard University Press.
- Jung, John (2001). Psychology of Alcohol and other Drugs, A Research Perspective. London: Sage Publications, Inc.
- Jugović, Aleksandar, Luković, Milica (2012). Karakteristike samoubistava mladih, *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 11, 1: 169–177.
- Kalezić, Dimitrije (2002). *Enciklopedija pravoslavlja*. Beograd: Savremena administracija.
- Kapamadžija, Borislav, Šovljanski, Miroslav, Biro, Mikloš (1990). *Osnovi medicinske suicidologije*, Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
- Kaplan J. Kalman, Innamorati, Marco, Piacentini, Eleonora, Battuello, Michele Lester, David, Tatarelli, Roberto, Pompili, Maurizio (2012). Religiosity and Suicide. A selective overview of Abrahamic Religions (Judaism, Christianity and Islam) versus Greek Narratives, in: Pompili, M. (edit.) *Exploring the Phenomenon of Suicide*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

- Kawanishi, Yuko (2008). On Karo-Jisatsu (Suicide by Overwork) Why Do Japanese Workers Work Themselves to Death? *International Journal of Mental Health*, 37, 1: 61–74.
- Kenna, G. A. (2010). Medications acting on the serotonergic for the treatment of patients with alcohol dependence. *Current Pharmacological Designs,* 16, 19: 2126–2135.
- Khan M. Murad, Mian I. Yesha (2010). 'The one truly serious philosophical problem': Ethical aspects of suicide, *International Review of Psychiatry*, 22, 3: 288–293.
- Knežić, Branislava, Savić, Maja (2010). *Oproštaj od života: poslednje poruke*. Beograd: SZR „Zuhra Simić".
- Koroleva E, Sivakov S. (2017). Эвтаназия: быть или не быть? *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*, 8, 2: 192–199.
- Kposowa J. Augustine (2012). Advances in Sociological Approaches to understanding Suicide, in: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (edit.) (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Kposowa J. Augustine (2012). Suicide and Economic Status, in: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (edit.) (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Kragović, Jasmina, Ignjatović-Ristić, Dragana, Đoković, Danijela, Jović, Jelena, Knežević, Marinela (2011). Samoprocena depresivnosti i suicidalnosti kod studenata medicine, *Engrami*, 33, 4: 47–54.
- Kulenović, Muradif (1989). Psihoanaliza, u: Kecmanović, D. (ured.) *Psihijatrija*. Beograd-Zagreb: Svjetlost.
- Kutcher, Stanley P., Chehil, Sonia (2007). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Lahoz, Titia, Hvid, Marianne, Wang G. August (2016). Preventing repetition of attempted suicide – III. The Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial, *Nordic Journal of Psychiatry*, 70, 7: 547–553.
- Lamis A. Dorian, Lester, David (Edit.) (2011). *Understanding and Preventing College Student Suicide*. Springfield: Charles C Thomas.
- Larney, Sarah, Topp, Libby, Indig, Devon, O'Driscoll, Colmán, Greenberg, David (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia, *BMC Public Health*, 12: 14: 1–7.
- Lecic Tosevski, Dusica, Vukovic, Olivera Pejuskovic, Bojana (2015). Suicide during years of stress – Serbian experience, *Psihijatrija danas,* 47, 1: 19–27.
- LeFevre Sillito, Carrie, Salari, Sonia (2011). Child Outcomes and Risk Factors in U.S. Homicide-Suicide Cases 1999–2004, *J Fam Viol*, 26: 285–297.

- Leo, Sher (2009). The Concept of Posttraumatic Mood Disorder and its Relation to Suicidal Behavior in War Veterans, In: Sher, Leo, Vilens, Alexander (edit.) (2009). *Suicide and the Military*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Lester, D. (2014). *Suicide in Men: How Men Differ From Women in Expressing Their Distress*. Springfield: Charles C Thomas.
- Lester, David (2012). Suicide in Europe In: Pompili, Maurizio (Editor) *Suicide: A Global Perspective*. Sharjah: Bentham Science Publishers.
- Lester, David (2014). Minor Sociological Theories of Suicide, In: Gunn, F. John., Lester, David (edit.) (2014). *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Lester, David (2014). A Learning Perspective on Suicide, In: Gunn, F. John., Lester, David (edit.) (2014). *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Lester, David (2014). Cognitive Theories of Suicide In: Gunn, F. John., Lester, David (edit.) (2014). *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Lester, David (2014). Suicide as Deviance, In: Gunn, F. John., Lester, David (edit.) (2014). Theories of Suicide: Past, Present and Future. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Lester, David (2014). *Rational Suicide: Is It Possible? Reflections on the Suicide of Martin Manley*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Leymann, Heinz, Gustafsson, Annelie (2014). *Why Nurses Commit Suicide: Mobbing in Health Care Institutions*. Lewiston, New York: Edwin Mellen Press.
- Lin, Yu-Wen, Huang, Hui-Chuan, Lin, Mei-Feng, Shyu, Meei-Ling, Tsai, Po-Li, Chang, Hsiu-Ju (2016). Influential Factors for and Outcomes of Hospitalized Patients with Suicide-Related Behaviors: A National Record Study in Taiwan from 1997–2010, *PlosOne*, 11, 2: 1–15.
- Lindgren, Magnus, Nikolić-Ristanović, Vesna (2011). *Žrtve kriminaliteta, Međunarodni kotekst i situacija u Srbiji*. Beograd: Original.
- Lipovetsky, Gilles (2008). *Paradoksalna sreća, Ogled o hiperpotrošačkom društvu*. Zagreb: Antibarbarus.
- Long, Dennis, Miller, Bonnie (1991). Suicidal tendency and Multiple Sclerosis, *Health & Social Work*, 16, 2.
- Lopičić, Zorka, Samardžić, Radomir, Erić, Ljubomir (2009). Posstraumatski poremećaj, u: Erić, Lj. (ured.) *Psihodinamička psihijatrija, psihodinamički pristup u psihoterapiji*, Beograd: Službeni glasnik.
- Lukić, Biljana Peruničić, Ivana, Mandić-Maravić, Vanja, Lečić-Toševski, Dušica (2009). Odnos agresivnosti i suicidalnosti kod pacijenta sa afektivnim poremećajem, *Psihijarija danas,* 41, 1–2: 17–27.
- Luxton D. David, June D. Jennifer, Fairall M. Jonathan (2012). Social Media and Suicide: A Public Health Perspective, *American Journal of Public Health*, 102: 195–200.|
- Ljubičić, M. (2012). Psihološka separacija mladih u Srbiji: prilog konstrukciji integrativnog modela odrastanja mladih, U: Tomanović, S. i sarad. (2012).

Mladi – naša sadašnjost. Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji. Beograd: Čigoja.

- Ljubičić, Milana, Dragišić Labaš, Slađana (2016). Narkomanija: društvena etiologija i uloga građanskih inicijativa u ratu protiv droga – primer Udruženja Sveti Sava iz Lazarevca, XXXII Simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem, ZKLAS i Srpsko lekarsko društvo.
- Ljubičić, Milana (2015). *O neuračunljivosti, sociološka studija*. Beograd: Dosije studio.
- Ljubičić, Milana (2016). *Identitet (i) mentalna bolest, analiza priča specijalnih pacijenata o sebi i drugima*. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu i Čigoja štampa.
- Ljubičić, Milana, Dragišić Labaš, Slađana (2010). Strah od zločina – istraživanje stavova studenata, *Sociološki pregled,* 44, 4: 615–638.
- Madden J. Gregory, Bickel K. Warren (Edit.) (2010). *Impulsivity, The Behavioral and Neurological.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Marsil F. Dorothy, McNamara, Corinne (2016). An examination of the disparity between self-identified versus legally identified rape victimization: A pilot study, *Journal of American College Health*, 64, 5: 416–420.
- Martin S. Michael, Dorken K. Shannon, Simpson I. F. Alexander, McKenzie, Kwame, Colman, Ian (2014). The predictive validity of the Depression Hopelessness Suicide screening form for self-harm among prisoners, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25, 6: 733–747.
- Martin S. Michael, Dykxhoorn, Jennifer, Afifi O. Tracie, Colman, Ian (2016). Child abuse and the prevalence of suicide attempts among those reporting suicide ideation, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51: 1477–1484.
- Marvasti A. Jamshid (Edited) (2012). *War Trauma in Veterans and Their Families: Diagnosis and Management of PTSD, TBI and Comorbidities of Combat Trauma – from Pharmacotherapy to a 12-Step Self-Help Program for Combat Veterans*. Springfield: Charles C Thomas.
- Maloney, J., Pfuhlmann, B., Arensman E., Coffey C., Gusmao, R., Postuvan, V., Scheerder, G., Sisask, M., Van der Feltz-Cornelis C., Hegerl M. U., Schmidtke, A. (2013). Discussion paper Media recommendations on reporting suicidal behaviour and suggestions for optimization, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128: 314–315.
- Masocco, Maria, Pompili, Maurizio, Vichi, Monica, Vanacore, Nicola, Lester, David, Tatarelli, Roberto (2008). Suicide and Marital Status in Italy, *Psychiatr Q*, 79: 275–285.
- Matisen, Tomas (2016). *Zatvor na optuženičkoj klupi*. Beograd: Crimen.
- McCarthy F. John, Bossarte M. Robert, Katz R. Ira, Thompson, Caitlin, Kemp, Janet, Hannemann M. Claire, Nielson, Christopher, Schoenbaum, Michael (2015). Predictive Modeling and Concentration of the Risk of Suicide: Implications for Preventive Interventions in the US Department of Veterans Affairs, *American Journal of Public Health*, 105: 9: 1935–1942.

- McGhee, Nelson M. Elizabeth (2014). Rape and sex offenses, *Criminal Justice (Online Edition)*, Salem Press Encyclopedia.
- McNeill, Paul (2013). *National Suicide Prevention Strategy: Goals, Objectives, Resources*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Mentus, Vladimir (2017). Kulturni činioci karošija i karo-đisatsua, *Kultura,* 157: 129–144.
- Merrick, Joav, Shahtahmasebi, Said (2013). *Suicide From a Public Health Perspective, Suicide from a Public Health Perspective*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Michael D. Anestis, Craig J. Bryan, Alexis M. May, Keyne C. Law, Christopher R. Hagan, AnnaBelle O. Bryan, Carol Chu, Matthew S. Michaels, Edward A. Selby, E. David Klonsky, Thomas E. Joiner (2015). Dangerous Words? An Experimental Investigation of the Impact of Detailed Reporting About Suicide on Subsequent Risk, *Journal of Clinical Psychology*, 71, 10: 1031–1041.
- Milčinski, Lev (1989). Suicidnost, u: Kecmanović, D. (ured.) *Psihijatrija*, Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.
- Milić, Anđelka (1988). Stari ljudi u društvu i porodičnom okruženju u Jugoslaviji, *Socijalna politika*, 6: 1–13.
- Milić, Vojin (1959). Samoubistva u Jugoslaviji, sociološko-pravna analiza, *Pravni anali*, 7, 3–4: 387–408.
- Milivojević, Ljiljana (2009). Stigma u medijima u odnosu na mentalne bolesti i samoubistvo, u: Bibić, Ž., Jerkov, M. (ured.) *Antistigma – mediji, mentalne bolesti i samoubistvo*. Novi Sad: Centar „Srce".
- Milivojević, Zoran (2007). *Igre koje igraju narkomani. Transakciona analiza problematičnog ponašanja*. Novi Sad: Psihopolis Institut.
- Milivojević, Zoran (2008). *Emocije. Psihoterapija i razumevanje emocija*. Novi Sad: Psihopolis Institut.
- Miller G. Franklin, Truog D. Robert, Brock W. Dan (2010). Moral Fictions and Medical Ethics, *Bioethics,* 24, 9: 453–460.
- Milner, Allison, Maheen, Humaira Currier, Dianne LaMontagne D. Anthony (2017). Male suicide among construction workers in Australia: a qualitative analysis of the major stressors precipitating death, *BMC Public Health*, 17: 584: 1–9.
- Milojković, Marklena, Srna, Jelena, Mićović, Radmila (1997). *Porodična terapija*, Beograd: Centar za brak i porodicu.
- Milovanović, Milovan (1929). *Samoubistvo*. Beograd: „Scientia".
- Minoa, Žorž (2008): *Istorija samoubistva*. Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Mitić, Milan, Đukić-Dejanović, Slavica, Krasić, Dragana, Ranković, Milica (2011). Psihološko-bihevioralne karakteristike samopovređivanja adolescenata, *Engrami*, 33, 1: 21–28.
- Mojić, Dušan (2008). Siromaštvo mladih u Srbiji danas, *Socijalna misao*, 14, 4: 179–191.

- Mojić, Dušan (2012). Obrazovani i nezaposleni: oblikovanje radnih biografija mladih, U: Tomanović, S. i sarad. (2012). *Mladi – naša sadašnjost. Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji*, Beograd: Čigoja.
- Molina, José-Alberto, Duarte, Rosa (2006). Risk Determinants of Suicide Attempts Among Adolescents, *The American Journal of Economics and Sociology*, 65, 2: 407–434.
- Mršević, Zorica (2015). Porodično nasilje i odbacivanje LGBT dece u Srbiji, *Bezbednost*, 1: 87–104.
- Munk-Jergensen, Povl (2010). Physical illness in persons with schizophrenia – time for action, *Indian J Med Res*, 132: 353–355.
- Murray, Straus, Glenda Kaufman, Kantor (1992). Physical Punishment by Parents: A Risk Factor in the Epidemiology of Depression, Suicide, Alcohol Abuse, Child Abuse, and Wife Beating, *Adolescence*, 29, 115, 543–444.
- Nastasić, Petar, Dimitrijević, Ivan, Bakalović, Gordana (1992). Novija saznanja o deci alkoholičara školskog uzrasta i mogućnosti prevencije alkoholizma. *Psihijatrija danas*, 1–2, str. 95–109.
- Nicol, Neal, Wylie, Harry, (2006). *Between the Dying and the Dead: Dr. Jack Kevorkian, the Assisted Suicide Machine and the Battle to Legalise Euthanasia*. London: Satin Publications Ltd.
- Nikolić-Ristanović, Vesna, Ljiljana, Stevković (2006). Viktimizacija, delinkvencija i sreća, u: Vesna Nikolić-Ristanović (ured.) *Delinkvencija i viktimizacija maloletnih lica u Srbiji. Rezultati Međunarodne ankete samoprijavljivanjem delinkvencije*. Beograd: „Prometej".
- Nordentoft, Merete (2012). Suicide in Schizophrenia, in: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (edit.) (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Nylev Stenager, Elsebeth, Jensen, Børge, Stenager, Maria, Stenager, Kirstina, Stenager, Egon (2011). Suicide attempts in multiple sclerosis, *Multiple Sclerosis Journal*, 17, 10: 1265–1268.
- O'Riley A. Alisa, Phillip N. Smith. (2012). Older men and suicide risk: clinicak and research implications, in: Lavigne E. Jill (edit.) (2012). *Frontiers in Suicide Risk: Research, Treatment, and Prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Øiesvold, Terje, Bakkejord, Tony, Hansen, Vidje, Nivison, Mary, Sørgaard W. Knut (2012). Suicidality related to first-time admissions to psychiatric hospital, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47: 419–425.
- Opalić, P. (1990). Samoubilaštvo kao individualna pojava, u: Petrović, R., Opalić, P., Radulović, D. *Samoubistva u Jugoslaviji*, Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Opalić, Petar (1977). O dijalektičkom shvatanju ljudske prirode i psihoterapije, *Psihijatrija danas*, 9, 4: 437–447.
- Opalić, Petar (1988). *Egzistencijalistička psihoterapija*. Beograd: Nolit.

- Opalić, Petar (1991). Egzistencijalističko-fenomenološka psihoterapija, *Avalske sveske*, 21, 10: 65–70.
- Opalić, Petar (1998). *Biti ili lečiti se*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Opalić, Petar (2008). *Psihijatrijska sociologija*. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Oquendo MA, Lizardi D, Greenwald S, Weissman MM, Mann JJ. (2004). Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110: 446–451.
- Ornatski, F, Popov, Jevgenij, Nikoljski, Pavel, Žički, Nikolaj (2001). *Samoubistvo, greh bez oproštaja*. Nikšić: „Svetigora".
- Ostry, Aleck, Maggi, Stefania, Tansey, James, Dann, James, Hershler, Ruth, Chen, Lisa, M, Loue, Hertzman, Clyde (2007). The impact of psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among western Canadian sawmill workers, *Scandinavian Journal of Public Health,* 35: 265–271.
- Page, Andrew, Morrell, Stephen, Hobbs, Coletta, Carter, Greg, Dudley, Michael, Duflou, Johan, Taylor, Richard (2014). Suicide in young adults: psychiatric and socio-economic factors from a case-control study, *BioMed Central Psychiatry,* 14: 68.
- Page, Andrew, Morrell, Stephen, Hobbs, Coletta, Carter, Greg, Dudley, Michael, Duflou, Johan, Taylor, Richard (2014). Suicide in young adults: psychiatric and socio-economic factors from a case-control study *BioMed Central Psychiatry,* 14: 68.
- Palmer J. Emma, Connelly, Rachel (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 3: 164–170.
- Parrillo, V. N. (2008). *Encyclopedia of Social Problems*. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc.
- Patja, Kristiina, Iivanainen, Matti, Raitasuo, Seija, Lonnqvist, Jouko (2001). Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103: 307–311.
- Penev, Goran (2016). Samoubistva u Srbiji u kontekstu savremenih demografskih i društvenoekonomskih promena, Doktorska teza, Ekonomski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
- Penev, Goran, Predojević-Despić, Jelena (2012). Prostorni aspekti emigracije iz Srbije. Tri „vruće" emigracione zone. *Stanovništvo*, 2: 35–64.
- Petrović, Ruža (1990). Rasprostranjenost samoubistva u Jugoslaviji, u: Petrović, R., Opalić, P., Radulović, D. *Samoubistva u Jugoslaviji*, Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Petrović, Dragana (2013). Euatanazija i pružanje pomoći u samoubistvu krivična odgovornost za pomaganje pri samoubistvu, *Strani pravni život*, 167–184.
- Petrović, Dragana (2010). *Eutanazija: nove dimenzije*. Kraljevo: Kvark.

- Petrović, Jasmina (2016). *Životi u senci, sociološka studija o osobama sa invaliditetom u Srbiji*. Niš: Unigraf X.
- Pickering, W. S. F., Walford, Geoffrey (Edit.) (2000). *Durkheim's Suicide: A Century of Research and Debate*. London and New York: Routledge and British Centre for Durkheimian Studies.
- Pompili, Maurizio (2012). Impulsiveness and Suicide Risk: A Literature Review, in: Pompili, Maurizio, (edit.) *Exploring the Phenomenon of Suicide*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Pompili, Maurizio (2012). The Role of Anger in the Risk of Suicide, In: Pompili, Maurizio, (Edit.) *Exploring the Phenomenon of Suicide*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Pompili, Maurizio (Edit.) (2012). *Suicide: A Global Perspective*. Sharjah: Bentham Science Publishers.
- Pompili, Maurizio, Lester, David, Girardi, Paolo, Tartaro, Christine (2012). Risk Factors for Suicide in Prisons in: Pompili, Maurizio (Edit.) *Exploring the Phenomenon of Suicide*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Pompili, Maurizio, Vichi, Monica, De Leo, Diego, Pfeffer, Cynthia, Girardi, Paolo (2012). A longitudinal epidemiological comparison of suicide and other causes of death in Italian children and adolescents, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21: 111–121.
- Pompili, Maurizio, Vichi, Monica, Qin, Ping, Innamorati, Marco, De Leo, Diego, Girardi, Paolo (2013). Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study, *Journal of Affective Disorders*, 147, 1–3: 437–400.
- Popadić, Dragan, Kuzmanović, Dobrinka (2013). *Korišćenje digitalne tehnologije, rizici i zastupljenost digitalnog nasilja među učenicima u Srbiji*. Beograd: Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Popik, Jennifer, Balch, Burke (2015). California legalization of doctor-prescribed suicide threatens vulnerable nationwide, National Right to Life News. (www.NRLC.org)
- Popović, Milan, Jerotić, Vladeta (1985). *Psihoterapija i psihodinamika neuroza*. Beograd: Nolit
- Pratt A. Laura, Brody J. Debra (2014). Depression in the U.S. Household Population, 2009–2012, NCHS Data Brief, 172: 1–8.
- Qin, Ping (2012). Suicide in Rural and Urban Communities, in: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (2012). Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Quan, Hude, Arboleda-Flórez, Julio, Fick H. Gordon, Stuart L. Heather, Love J. Edgar (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37: 190–197.
- Radoman, Marija (2017). Biti LGBTTIQ – značenja koja nas oblikuju, *Kultura,* 157: 203–219.

- Radonjić, Slavoljub (1992). *Opšta psihologija*. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Radulović, D. (1990). Društvena obeležja samoubistva, u: Petrović, R., Opalić, P., Radulović, D. *Samoubistva u Jugoslaviji*, Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Radulović, D. (1990). Sociologija samoubistva Emila Dirkema, predgovor za knjigu Dirkem, E. *Samoubistvo*, Beograd: BIGZ.
- Raleva, Marija (2005). Unutrašnji doživljaj i spoljašnje manifestacije rizičnog ponašanja adolescenata: mogućnost uspostavljanja dijaloga, u Ćurčić (ured.) Unutrašnja i spoljašnja realnost adolescenta, Beograd: IP "Žarko Albulj".
- Ram, Samay (2011). *Stress, Suicides, and Fratricides in the Army: Crisis Within*. New Delhi: Vij Books India Private Limited.
- Ramchand, Rajeev, Ayer, Lynsay, Fisher, Gail, Chan Osilla, Karen, Barnes-Proby, Dionne, Wertheimer, Samuel (2015). *Suicide Postvention in the Department of Defense: Evidence, Policies and Procedures, and Perspectives of Loss Survivors*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Ricer, Dž. (2012). *Savremena sociološka teorija i njeni klasični koreni*. Beograd: JP Službeni glasnik.
- Ringle L. Jay, Larzelere E. Robert (2012). The Child Suicide Risk Assessment, in: Lester, David, Kimbrell, Megan, Shrivastava, Amresh (edit.) (2012). *Suicide From a Global Perspective: Risk Assessment and Management*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Rizwan, Ishrat, Irshad, Erum (2015). Suicide Risk among Individuals with HIV/AIDS, *Bahria Journal of Professional Psychology*, 14, 1, 1–21.
- Robert D. Goldney (2008). *Suicide prevention*. New York: Oxford University Press.
- Roberts L. J. (2017). Understanding the lives of anaesthesia trainees, *Anaesth Intensive Care*, 45: 6.
- Robinson A. Jennifer, Bolton M. James, Rasic, Daniel, Sareen, Jitender (2012). Exploring the Relationship between Religious Service attendance, Mental Disorders, and Suicidality among different Ethnic Groups: Results from a Nationality Representative Survey, *Depression and Anxiety*, 29: 983–990.
- Roma, Paolo Spacca, Antonella, Ferracuti, Stefano (2012). Homicide – Suicide In: Pompili, Maurizio (Edit.) (2012). Suicide: A Global Perspective. Sharjah: Bentham Science Publishers.
- Ronningstam, Elsa, Weinberg, Igor, Maltsberger T. John (2008). Eleven Deaths of Mr. K. – Contributing Factors to Suicide in Narcissistic Personalities, *Psychiatry*, 71, 2: 169–182.

- Ronningstam, Elsa, Weinberg, Igor, Maltsberger T. John (2008). Eleven Deaths of Mr. K. – Contributing Factors to Suicide in Narcissistic Personalities, *Psychiatry*, 71, 2: 169–182.

- Roy, Amrita, Campbell, Karen (2013). A unifying framework for depression: Bridging the major biological and psychosocial theories through stress, *Clin Invest Med,* 36, 4): 170–190.

- Runyan W. Carol, Brooks-Russell, Ashley, Brandspigel, Sara, Betz, Marian, Tung, Gregory, Novins, Douglas, Agans, Robert (2017). Law Enforcement and Gun Retailers as Partners for Safely Storing Guns to Prevent Suicide: A Study in 8 Mountain West States, *AJPH RESEARCH*, 107, 11: 1789–1794.
- Salloum, I. M., Daley, D. C., Thase, M. E. (2000). *Male Depression, Alcoholism and Violence,* London: Martin Dunitz.
- Sampasa-Kanyinga, Hugues, Roumeliotis, Paul, Xu, Hao (2014). Associations between Cyberbullying and School Bullying Victimization and Suicidal Ideation, Plans and Attempts among Canadian Schoolchildren, *Plos One* 9, 7: 1–9.
- Sawyer, Darwin (1982). Attitudes Toward Life and Death, *The Public Opinion Quarterly*, 46, 4: 521–533.
- Sawyer, Darwin, Sobal, Jeffery (1987). Public Attitudes Toward Suicide Demographic and Ideological Correlates, *The Public Opinion Quarterly*, 51, 1: 92–101.
- Schlebusch, Lourens (2012). Suicidal Behavior in the Chronic Medisally Ill, In: Shrivastava, A., Kimbrell, M., & Lester, D. (edit.) (2012). *Suicide From a Global Perspective: Vulnerable Populations and Controversies*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Schmidt C. Robert, Iachini L. Aidyn, George, Melissa, Koller, James, Weistn, Mark (2015). Integrating a Suicide Prevention Program into a School Mental Health System: A Case Example from a Rural School District, *Children & Schools*, 37, 1: 18–26.
- Schumaker F. John (1992). *Religion And Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Scocco, Paolo, Toffol, Elena (2012). Loss, Hopelessness and Suicide, in: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (edit.) (2012). Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Sedmak, Tomislav (2008). Egzistencijalistički pristup osećanju krivice u: Ćorić (prired.) *Čovek između krivice i tuge, grupa i pojedinac*. Beograd: FASPER.
- Sekulić, Nada (2009). Neki aspekti porodičnog iskustva ratnih vojnih invalida (RVI) iz perioda raspada SFRJ (1991–5) u Milić A., Tomanović S. (ured.) (2009). Porodice u Srbiji danas u komparativnoj perspektivi, Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Sekulić, Nada (2013). *Skriveni rat*. Beograd: Udruženje ratnih i mirnodopskih vojnih invalida Srbije, Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta i Jasen.
- Shafiq M. Najeeb, Sinno H. Abdulkader (2010). Education, Income, and Support for Suicide Bombings: Evidence from Six Muslim Countries, *The Journal of Conflict Resolution*, 54, 1, 146–178.
- Shah, Ajit (2009). Are age-related trends in suicide rates associated with life expectancy and socio-economic factors? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 1: 16–20

- Shaw, Jenny, Humber, Naomi (2012). Suicide and the Criminal Justice System, in: Shrivastava, Amresh, Kimbrell, Megan, Lester, David (edit.) (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Sher, Leo (2009). The Concept of Posttraumatic Mood Disorder and its Relation to Suicidal Behavior in War Veterans, in: In: Sher, Leo, Vilens, Alexander (edit.) (2009). Suicide and the Military. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Sher, Leo, Vilens, Alexander (Editors) (2009). *Suicide and the Military*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Shiratori, Yuki, Tachikawa, Hirokazu, Nemoto, Kiyotaka, Endo, Go, Aiba, Miyuki, Matsui, Yutaka, Asada, Takashi (2014). Network analysis for motives in suicide cases: A cross-sectional study, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68: 299–307.
- Simon W. Robin, Barrett E. Anne (2010). Nonmarital Romantic Relationships and Mental Health in Early Adulthood: Does the Association Differ for Women and Men? *Journal of Health and Social Behavior*, 51: 168–182.
- Skiner, Robin, Kliz Džon (2000). *Preživeti porodicu*. Beograd: Tridikom.
- Slade, Karen, Forrester, Andrew (2015). Shifting the paradigm of prison suicide prevention through enhanced multi-agency integration and cultural change, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology,* 26, 6: 737–758.
- Smith J. Daniel, Langan, Julie, McLean, Gary, Guthrie, Bruce, Mercer W. Stewart (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study, *BMJ Open*, 3, 4.
- Srna, Jelena (1997). *Biti ili ne biti, studija samoubilaštva mladih*. Beograd: Institut za psihologiju.
- Stack, Steven (2013). *Athlete Suicides and Violent deaths, in: Gunn, John, Lester, David (2013). Suicide in Professional and Amateur Athletes: Incidence, Risk Factors, and Prevention*. Springfield, Ill., U.S.A.: Charles C Thomas.
- Stanković B., Penev G. (2009). Sociokulturni kontekst sucidalnog ponašanja i neke relevantne činjenice o samoubistvima u Srbiji, *Sociološki pregled*, 18, 2: 155–184.
- Steven P. Roose, Harold A. Sackeim (edit.) (2004). *Late-Life Depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Steven, Stack (2011). College Student Suicide Risk: Analysis of National Epidemiological Data, In: Lamis A. Dorian, Lester, David (edit.) (2011). *Understanding and Preventing College Student Suicide*. Springfield: Charles C Thomas.
- Stevković, Ljiljana (2006). Društvene mreže kao faktor maloletničke delinkvencije, u: Vesna Nikolić-Ristanović (ured.) *Delinkvencija i viktimizacija maloletnih lica u Srbiji. Rezultati Međunarodne ankete samoprijavljivanjem delinkvencije*. Beograd: „Prometej".
- Striković, Jovan (1996). *Samoubistvo i apsurd*. Novi Sad: Budućnost.

- Strupp, Juli, Ehmann, Carolin, Galushko, Maren, Bucken, Raphael, Perrar, Klaus Maria Hamacher, Stefanie, Pfaff, Holger, Voltz, Raymond, Golla, Heidrun (2016). Risk Factors for Suicidal Ideation in Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis, *Journal of Palliative Medicine*, 19, 5: 523–528.
- Stojković, Ljubica (2002). Bračni lavirint, Vi, Vaš muž i alkohol, Beograd: Mar-Dox štampa.
- Sullivan O. David (edit.) (2009). *Young Adults with Serious Mental Illness*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Sumelahti, Marja-Liisa, Hakama, Matti, Elovaara, Irina, Pukkala, Eero (2010). Causes of death among patients with multiple sclerosis, *Multiple Sclerosis*, 16, 12: 1437–1442.
- Svindseth F. Marit, Nøttestad, Aage Jim, Wallin, Juliska, Roaldset, John Olav, A Dahl Alv (2008). Narcissism in patients admitted to psychiatric acute wards: its relation to violence, suicidality and other psychopathology, *BMC Psychiatry* 8, 13: 1–11.
- SZO, Regionalna kancelarija za Evropu (2012). Zdravlje 2020: Evropski okvir politike koji podržava akcije svih nivoa vlasti i društva za zdravlje i blagostanje, Kopenhagen.
- Takehiko, Y., Kinoshita, H., Nishiguchi, M., Hishida, S. (2006). A Perspective in Epidemiology of Suicide in Japan, *Vojnosanitetski pregled*, 63, 6: 575–83.
- Takizawa, Tohru, Kondo, Tsuyoshi, Sakihara, Seizou, Ariizumi, Makoto, Watanambe, Naoki, Oyama, Hirofumi (2006). Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: Reciprocity and community mental health, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60: 652–661.
- Tartaro, Christine, Lester, David (2010). *Suicide and Self-Harm in Prisons and Jails*. Lanham: Lexington books.
- Teftedarija, Amira, Šmitran, Vinka (2015). *Psihofarmaci, mehanizam terapijskih aktivnosti – receptorski profil*. Sarajevo: Psihijatrijska bolnica Kantona Sarajevo.
- Teo R. Alan, Andrea B. Sarah, Sakakibara, Rae, Motohara, Satoko, Matthieu M. Monica, Thimmaiah, Rohini, Poreddi, Vijayalakshmi, Ramu, Rajalakshmi, Selvi, Sugavana, Bada Math, Suresh (2016). Influence of Religion on Attitude Towards Suicide, *An Indian Perspective*, 55, 6: 2039–2052.
- Thompson, Richard (2012). Suicide Risk in Ethnic Minoritis, In: Shrivastava, A., Kimbrell, M., & Lester, D. (edit.) (2012). *Suicide From a Global Perspective: Vulnerable Populations and Controversies*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Thorlindsson, Thorolfur, Bjarnason, Thoroddur (1998). Modeling Durkheim on the Micro Level: A Study of Youth Suicidality, *American Sociological Review*, 63, 1: 94–110.
- Tiihonen Moller, Anna, Backstrom, Torbjorn, Sondergaard, Hans Peter, Helstrom, Lotti (2014). Identifying Risk Factors for PTSD in Women Seeking Medical Help after Rape, *PlosOne,* 9, 10: 1–9.

- Tomanović, Smiljka (2012). Od omladine do socijalnih biogafija mladih u postsocijalističkoj transformaciji društva Srbije: konceptualni i kontekstualni okvir istraživanja, u: Tomanović, S. i sarad. (2012). *Mladi – naša sadašnjost. Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji*. Beograd: Čigoja.
- Tomanović, Smiljka, Stanojević, Dragan (2012). Zaključak*: mladi i društvena integracija u Srbiji*, u: Tomanović, S. i sarad. (2012). *Mladi – naša sadašnjost. Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji*. Beograd: Čigoja.
- Tomori, Martina (2005). Rizično ponašanje u adolescenciji – razlike u polovima, u Ćurčić (ured.) *Unutrašnja i spoljašnja realnost adolescent*. Beograd: IP „Žarko Albulj".
- Towl, Graham, Crighton, David (2017). *Suicide in Prisons: Prisoners' Lives Matter*. Hook, Hampshire: Waterside Press.
- Trišić, Marko, Petrović, Jovana (2017). Fenomen mobinga u Srbiji i Evropi, *Trendovi u poslovanju*, 5, 9: 39–46.
- Upmanyu, Ibadat Khan, Vinayak, Seema, Kumar, Sayan (2014). Study on depression, hopelessness, anxiety, cognitive rigidity, affective dysregulation and family environment as predictors of suicide ideation among male adolescent, *Indian Journal and Health and Wellbeing*, 5, 10: 1124–1129.
- Valentine, Sean, Fleischma, Gary, Godkin, Lynn (2015). Rogues in the ranks of selling organizations: using corporate ethics to manage workplace bullying and job satisfaction, *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 35, 2, 143–163.
- Van Bergen, Diana, Eikelenboom, Merijn. Smit, Johannes, van de Looij-Jansen, Petra, Saharso, Sawitri (2010). Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: rates and risk factors, *Ethnicity & Health*, 15, 5: 515–530.
- Van Haute, Mary, Violanti M. John (2015). *Public Safety Suicide: The Human Dimension*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas.
- Verbakel, Ellen, Japers, Eva (2010). A Comparative Study on permissiveness toward Euthanasia, Religiosity, Slippery Slope, Autonomy, and Death with Dignity, *Public Opinion Quarterly*, 74, 1: 109–139.
- Violanti M. John (2011). Pathways to police suicide: trauma stress across the career, In: Violanti M. John, Tate T. Teresa, O'Hara F. Andrew (edit.) (2011). *On the Edge: Recent Perspectives on Police Suicide*. Springfield, Ill: Charles C Thomas.
- Violanti M. John, O'Hara F. Andrew (2011). Recent National Studies on Police Suicide, In: (editors) Violanti M. John, Tate T. Teresa, O'Hara F. Andrew, (2011). *On the Edge: Recent Perspectives on Police Suicide*. Springfield, Ill: Charles C Thomas.
- Violanti M. John, Samuels, Stephanie (2007). Police Retirement: Is the battle over, In: Violanti M. John (edit.) (2007). *Police Suicide: Epidemic in Blue*. Springfield, Ill: Charles C Thomas.
- Vukelić, Milica (2008). Povezanost maltretiranja na radnom mestu i sociodemografskih karakteristika zaposlenih, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd.

- Vuletić Z. (1988). *Deca alkoholičara*. Beograd: Dečije novine.
- Wächter A. Carrie, Bouck C. Emily (2008). Suicide and Students With High-Incidence Disabilities, What Special Educators Need to Know, *Teaching Exceptional Children*, 41, 1: 66–72.
- Walker, Tammi (2016). *Preventing Self-injury and Suicide in Women's Prisons*. Hook, Hampshire: Waterside Press.
- Wang, Mei-Ling, Hsiehb, Yi-Hua (2016). Do gender differences matter to workplace bullying? *Work*, 53, 631–638.
- Wang, Mo, Björkenstam, Charlotte, Alexanderson, Kristina, Runeson, Bo, Tinghög, Petter Mittendorfer-Rutz, Ellenor (2015). Trajectories of Work-Related Functional Impairment prior to Suicide, *PlosOne*, 10, 10: 1–12.
- Wells, Kristopher (2009). Research exploring the health, Wellness, and safety concerns of sexual minority youth, *The Canadian Journal of Human Sexuality,* 18, 4: 221–229.
- White, Tony (2011). *Working with Suicidal Individuals: A Guide to Providing Understanding, Assessment and Support*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- WHO (2008). *Preventing Suicide A Resource for Media Professionals*. Geneva: WHO Press.
- WHO (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO Press.
- WHO (2017). *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* Geneva: WHO Press.
- WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework, Geneva: WHO.
- Wilcox C. Holly, Kuramoto Janet, Tunkle, Judy (2012). The Impact of Suicide on Surviving Family Members, in: Lester, David (edit.) *Suicide from a Global Perspective: Public Health Approaches*. New York: Nova Science Publishers.
- Weaver C. John (edit.) (2009). *A Sadly Troubled History, The Meanings of Suicide in the Modern Age*. Quebeck: McGill-Queens University Press.
- Wilhelm, Kay, Kovess, Vivianne, Rios-Seidel Carmen, Finch, Adam (2004). Work and mental health, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 866–873.
- Williams, John (2011). The effect on young people of suicide reports in the media, *Mental Health Practice*, 14, 8: 34–35.
- Wodarski S. John, Dulmus N. Catherine, Wodarski Ann Lois (2003). *Adolescent Depression and Suicide: A Comprehensive Empirical Intervention for Prevention and Treatment*. Springfield, Ill: Charles C Thomas.
- Wong, Paul, Chan, Wincy, Chen, Eric, Chan, Sandra, Law, YW, Yip. Paul (2008). Suicide among adults aged 30–49: A psychological autopsy study in Hong Kong, *BMC Public Health,* 8: 147: 1–9.
- Yang C. Albert, Tsai, Shih-Jen, Yang, Cheng-Hung, Shia, Ben-Chang, Fuh, Jong-Ling, Wang, Shuu-Jiun, Peng, Chung-Kang, Huang E. Norden (2013). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48: 427–435.

- Yi Foo, Xiang, Mohd Najib, Muhd Alwi, Ismail, Siti Irma Fadhillah, Ibrahim, Normala, Jamil Osman, Zubaidah (2014). Religious Commitment, Attitudes Toward Suicide, and Suicidal Behaviors Among College Students of Different Ethnic and Religious Groups in Malaysia, *J Relig Health*, 53: 731–746.
- Žikić, Olivera (2010). Anksiozni i izbegavajući poremećaj ličnosti u: Erić (ured.) *Psihodinamička psihijatrija*, *Poremećaji ličnosti*. Beograd: Službeni glasnik.
- Živković, Mirjana (2015). Pravo na život i eutanazija, *Pravo – teorija i praksa*, 32, 4–6: 50–60.
- Zou, Yaming, Leung, Ricky, Lin, Shao, Yang, Mingan, Lu, Tao, Li, Xianyun, Gu, Jing, Hao, Chun, Dong, Guanghui, Hao, Yuantao (2016). Attitudes towards suicide in urban and rural China: a population based, cross-sectional study, *BioMed Centerl Psychiatry*, 16, 162: 1–11.
- Čavić, Tamara (2012). *Trauma i psihoterapija*, Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Čizmić, Svetlana, Vukelić, Milica (2010). Maltretiranje na radnom mestu – pogled na novu perspektivu, *Andragoške studije*, 1: 61–76.
- Čomski, Noam, Fuko, Mišel (2011). *O ljudskoj prirodi: Pravda protiv moći*. Loznica: Karpos.
- Špadijer-Džinić, Jelena (1966). *Samoubistva u Vojvodini*. Beograd: Institut za sociološka i kriminološka istraživanja.

Elektronski izvori:

- (http://www.stetoskop.info/Sistemski-eritemski-lupus-666-s2-sickness.htm) (pristupljeno 17. 9. 2017)
- (https://sr.wikipedia.org/sr-el/Kortikotropin-oslobađajući_hormon). (pristupljeno 22. 9. 2017)
- (https://sr.wikipedia.org/sr-el/Pozitronska_emisiona_tomografija (pristupljeno 22. 9. 2017)
- (https://sr.wikipedia.org/sr-el/Hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežna_osovina) (pristupljeno 23. 9. 2017)
- (https://www.merriam-webster.com/dictionary/physician-assisted%20suicide) (pristupljeno 2. 2. 2018)
- (http://www.pressonline.rs/info/beograd/101223/otvoreno-telefonsko-savetovaliste-za-prevenciju-samoubistva.html) (pristupljeno 9. 4. 2018)

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

316.2:616.89-008.441.44
159.9:616.89-008.441.44
179.7

ДРАГИШИЋ Лабаш, Слађана М., 1961–
Samoubistvo – različiti diskursi / Slađana M. Dragišić Labaš. – 1. izd. – Beograd : Univerzitet, Filozofski fakultet, Institut za sociološka istraživanja, 2019 (Beograd : Službeni glasnik). – 276 str. ; 24 cm

"Knjiga je deo projekta 'Izazovi nove društvene integracije u Srbiji: koncepti i akteri' (ev. broj 179035)." --> kolofon. – Tiraž 200. – Summary. – Napomene i bibliografske reference uz tekst. – Bibliografija: str. 253-276.

ISBN 978-86-6427-116-5 (FF)

a) Самоубиство – Социолошки аспект
b) Самоубиство – Психолошки аспект
c) Самоубиство – Спречавање

COBISS.SR-ID 274632716

SAMOUBISTVO
RAZLIČITI DISKURSI

ISBN 978-86-6427-116-5