

ISSN 1452-7367
Vol. 10, br. 3. 2011.

UNIVERZITET U BEOGRADU
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU I REHABILITACIJU
IZDAVAČKI CENTAR - CIDD

**SPECIJALNA EDUKACIJA
I REHABILITACIJA**

**SPECIAL EDUCATION
AND REHABILITATION**

3

Beograd, 2011.

Izdavač
Univerzitet u Beogradu
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
Visokog Stevana 2, Beograd
Izdavački centar - CIDD

Za izdavača
Prof. dr Jasmina Kovačević, dekan

Glavni i odgovorni urednik
Doc. dr Vesna Vučinić

Uređivački odbor
Prof. dr Milica Gligorović Prof. dr Svetlana Slavnić
Prof. dr Nadica Jovanović-Simić Prof. dr Danijela Ilić-Stošović
Prof. dr Vesna Žunić-Pavlović Mr Slobodanka Antić

Međunarodni uređivački odbor
Doc. dr Mira Cvetkova-Arsova, Univerzitet u Sofiji "St. Kliment Ohridsky",
Bugarska, Prof. dr Igor Leonidovič Trunov, Akademik Ruske akademije prirodnih
nauka, Rusija, Prof. dr Zora Jačova, Univerzitet "Sv. Kiril i Metodije" Skoplje,
Makedonija, Prof. dr Viviana Langher, Univerzitet "La Sapienza", Rim, Italija
Prof. dr Tina Runjić, Sveučilište u Zagrebu, Hrvatska
Dr Ingrid Žolgar Jerković, Univerzitet u Ljubljani, Slovenija
Prof. dr Vassilis Argyropoulos, Univerzitet u Tesaliji, Grčka

Jezička redakcija teksta
Mr Maja Ivanović

Prevodilac za engleski jezik
Maja Ivančević Otanjac

Sekretar redakcije
Sanja Ćirić

Tiraž
200

Štampa
"Planeta Print", Beograd

ISSN 1452-7367

Časopis izlazi četiri puta godišnje. Od 2010. godine u finansiranju časopisa
učestvuje Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije.

Beograd, Visokog Stevana 2, 2920 451, Email: pdnauka@fasper.bg.ac.rs

Publisher:
University of Belgrade
Faculty of Special Education and Rehabilitation
Visokog Stevana 2, Belgrade
Publishing Center - CIDD

For the Publisher
Prof. Jasmina Kovačević, PhD, Dean

Editor-in-Chief
Doc. Vesna Vučinić, PhD

Editorial Board
Prof. Milica Gligorović, PhD Prof. Svetlana Slavnić, PhD
Prof. Nadica Jovanović-Simić, PhD Prof. Danijela Ilić-Stošović, PhD
Prof. Vesna Žunić-Pavlović, PhD Slobodanka Antić, MA

International Editorial Board
Doc. Mira Cvetkova-Arsova, PhD, Sofia University "St. Kliment Ohridsky",
Bulgaria, Prof. Igor Leonidovič Trunov, PhD, Academician of the Russian Academy
of Natural Sciences, Russia, Prof. Zora Jačova, PhD, University "St. Cyril and
Methodius", Macedonia, Prof. Viviana Langher, PhD, University "La Sapienza",
Roma, Italy, Prof. Tina Runjić, PhD, University of Zagreb, Croatia, Ingrid Žolgar
Jerković, PhD, University of Ljubljana, Slovenia, Dr Vassilis Argyropoulos, PhD,
University of Thessaly, Department of Special Education, Greece

Serbian Proofreading
Maja Ivanović, MA

Translation into English
Maja Ivančević Otanjac

Secretary
Sanja Ćirić

Number of copies:
200

Printed by:
"Planeta Print", Belgrade

ISSN 1452-7367

Published four times a year. Financial support since 2010:
Ministry of Education and Science of the Republic of Serbia.

Belgrade, Visokog Stevana 2, +381 11 2920 451, Email: pdnauka@fasper.bg.ac.rs

Aleksandar L. JUGOVIĆ¹
Univerzitet u Beogradu
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

SOCIJALNO-DEMOGRAFSKA I ETIOLOŠKA OBELEŽJA SUICIDA U SAVREMENOM DRUŠTVU²

Cilj rada je naučna deskripcija i objašnjenje socijalno-demografskih i uzročnih obeležja suicida u savremenom društvu. Socijalno-demografska obeležja suicida ukazuju da je na globalnom nivou u poslednjih 45 godina stopa suicida povećana za 60% i da prosečno iznosi 16 na 100 000 stanovnika. Rast samoubistva je najveći u nerazvijenijim regionima i među kategorijama stanovništva koja imaju niža profesionalna postignuća i lošiju socijalnost. U Srbiji je od 1953. do 2008. godine samoubistvo izvršilo 66,7 hiljada osoba ili prosečno godišnje oko 1200. Srbija ima neujednačenu regionalnu stopu samoubistva sa izraženom visokom stopom u oblasti Vojvodine i niskom stopom na jugu. Uz društvenu kataklizmu, 1992. godine broj samoubistava u Srbiji je došao do istorijskog maksimuma. Prosečna starost osobe koja izvrši samoubistvo u Srbiji je 52 godine.

Najuticajniji etiološki model u tumačenju suicida jeste koncept faktora rizika i zaštite. Ovaj model polazi od uvažavanja i sinteze različitih pristupa: biološkog, psihološkog, sociološkog, religijskog, psihijatrijskog i osnov je savremene etiologije u suicidologiji. Faktori rizika su činoci koji povećavaju verovatnoću suicida. Faktori zaštite jesu ključni sa aspekta prevencije samoubistava jer smanjuju verovatnoću

1 E-mail: alex7@EUnet.rs

2 Članak predstavlja rezultat rada na projektima "Kriminal u Srbiji: fenomenologija, rizici i mogućnosti socijalne intervencije" - broj 47011 i "Unapređivanje kvaliteta i dostupnosti obrazovanja u procesima modernizacije Srbije" - broj 47008, čije realizacije finansira Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije.

da se samoubistvo dogodi tako što povećavaju individualnu otpornost u odnosu na faktore rizika.

Ključne reči: *suicid, etiologija, faktori rizika, faktori zaštite, društvo*

UVOD

Pojam samoubistvo ili suicid potiče od latinskih reči: *sui*-sebe, *occidere*-ubiti. Samoubistvo se najčešće određuje kao aktivni ili pasivni autodestruktivni čin u kojem čovek svesno i namerno oduzima sebi život. Za Šnajdmana, samoubistvo je usamljeničko i očajničko rešenje za trpljenje koje za jednu osobu izgleda kao situacija koja nema drugu alternativu (Shneidman, 1996). Neki autori ističu da je samoubistvo oblik poremećene komunikacije u trenucima teških životnih kriza (Stengel), da je ono, metaforički rečeno, intrapsihička drama na interpersonalnoj pozornici (Leenaars), ponašanje koje se kreće između normalnog i patološkog (Kecmanović), itd. (Knežić, Savić, 2010) Samoubistva pokazuju da destruktivnost ima dva lica: ono se okreće i ka spolja ali i ka unutra. Autodestruktivnost i jeste deo šire shvaćenog društvenog nasilja. Kada se samoubistvo posmatra kao akt pojedinca onda se može reći da ono ima svoj specifičan proces (tok), psiho-socijalne karakteristike, faktore rizika i individualne povode.

Na prvi pogled svako samoubistvo izgleda kao duboko lični čin. Međutim, samoubistvo je atak čoveka i na sebe, ali isto toliko i atak na društvo koje čovek doživljava kao otuđenu stvarnost od svojih želja, mogućnosti i potreba. Uništavajući svoj život samoubica dovodi u pitanje temeljnu vrednost društva – ljudski život: to ovu pojavu čini društvenom devijacijom. Samoubistvo je i socijalni problem zbog masovnosti ali i zbog uzroka i posledica koji imaju duboko socijalno značenje. U egzistencijalističkom smislu samoubistvo otvara pitanja apsurdna života ili životnog apsurdna, ljudske slobode, suočavanja čoveka sa smislonošću sopstvenog života, hrabrosti ili kukavičluka, mržnje ili ljubavi, unutrašnje nemoći ili lične moći, “bolesnog” društva ili “bolesnog” čoveka, dominacije razuma ili iracionalnosti u čoveku, itd.

Cilj ovog rada je naučna deskripcija i naučno objašnjenje socijalno-demografskih i uzročnih obeležja suicida u savremenom društvu.

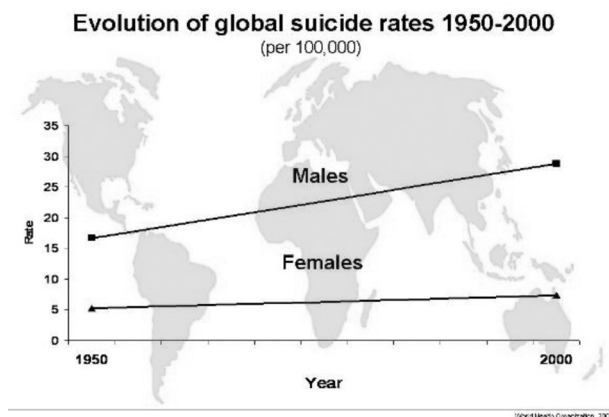
U radu se primenjuje statistička metoda i koriste zvanični statistički podaci Svetske zdravstvene organizacije i Republičkog Zavoda za statistiku Srbije. Zbog pojmovne istorodnosti u radu se ravnopravno koriste termini suicid i samoubistvo.

NEKI SOCIJALNO-DEMOGRAFSKI POKAZATELJI SUICIDA U SVETU I SRBIJI

Globalna slika suicida

U svetu godišnje, prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO u daljem tekstu), samoubistvo izvrši oko jedan milion ljudi ljudi, što znači da na svakih 40 sekundi neka osoba u svetu izvrši samoubistvo, dok su pokušaji samoubistva 20 puta češći (WHO, 2009). U poslednjih 45 godina stopa suicida je u svetu povećana za 60%. Globalna stopa samoubistava je 16 na 100 000 stanovnika, pri čemu je ona viša kod muškaraca i kreće se od 3-4:1 (grafikon 1) u »korist« muškaraca u poslednjih pola veka (WHO, 2011). U Evropi, godišnje, samoubistvo izvrši oko 30 000 ljudi. Suicid je u nekim zemljama treći uzrok smrtnosti populacije starosti od 15-44 godine, dok je u drugim zemljama vodeći uzrok smrti uzrasne grupe od 10-24 godine.

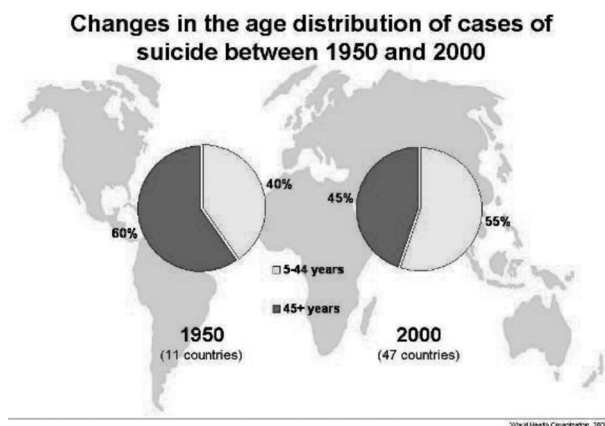
Grafikon 1 - Evolucija globalne stope suicida (na 100 000) u periodu od 1950. do 2000. godine



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

Već “tradicionalno” stopa suicida je najveća kod starijih muškaraca, dok kontinuirano raste stopa samoubistava mladih u takvim razmerama da su mladi, danas, starosna grupa sa najvećim rizikom od samoubistva i u nerazvijenim (tzv. treći svet) i u razvijenim zemljama. Eksperti iz SZO upozoravaju o stalnom porastu stope samoubistava među mladima u poslednjih nekoliko decenija. Samoubistvo spada u vodeća 3 uzroka smrti mladih i srednje mladih (15-35 godine) u mnogim zemljama u svetu (WHO, 2011). U prilog ovoj tezi stoji i globalna statistika samoubistava prema analizi SZO (grafikon 2), prema kojoj se vidi da je udeo samoubistava mlade i srednje generacije (od 5-44 godine starosti) 2000. godine povećan za 15% u odnosu na period od pola veka ranije.

Grafikon 2 - Promene i starosnoj distribuciji slučajeva samoubistva u svetu između 1950. i 2000. godine



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija

Samoubistvo je među prvih pet, a u nekim zemljama na prvom ili drugom mestu uzroka smrtnosti stanovništva uzrasta od 15 do 19 godina. Među decom mlađom od petnaest godina samoubistvo je neuobičajeno, dok je kod dece mlađe od dvanaest godina retkost. U populaciji mladih naročito su izraženi pokušaji samoubistva. Dok se za opštu populaciju procenjuje da su pokušaji od 20 do 40 puta češći od izvršenih samoubistava, u populaciji mladih su pokušaji i do 100-150 puta češći od ostvarenih suicida (NSHC, 2011).

Suicid u Srbiji

U Srbiji je od 1953. do 2008. godine samoubistvo izvršilo 66 700 osoba, ili prosečno godišnje 1200 izvršenih samoubistava. Broj samoubistava u Srbiji u ovom periodu ima značajnu tendenciju porasta – npr. 1953. godine u Srbiji je bilo 725 samoubistava a 2008. godine 1290. U 1992. godini broj samoubistava u Srbiji je došao do istorijskog maksimuma kada je zabeleženo) 1638 samoubistava. Naša zemlja ima srednju stopu samoubistva. Najniže stope su bile početkom 50-tih godina 20. veka – oko 12, a najviše 1992. i 1997. godine – 20,9. Stopa samoubistva u Srbiji opada posle 2000. godine i npr. 2008. godine je iznosila 17,6 (Stanković, Penev, 2009).

Srbija ima neujednačenu regionalnu stopu samoubistva. Oblast Vojvodine ima 2-3 puta veću stopu od centralne Srbije, u proseku, u poslednjih pola veka. U pojedinim godinama stopa samoubistva je prelazila i 30 samoubistava na 100 000 stanovnika Vojvodine. Najniže stope samoubistava u Srbiji beleže se u južnim delovima Srbije sa većinskim albanskim stanovništvom (opštine Bujanovac i Preševo) i stanovništvom islamske veroispovesti u tri sandžačke opštine (Sjenica, Raška i Tutin). U ovim opštinama stopa samoubistva je ispod 10 na 100 000 stanovnika. Prema nacionalnosti na početku poslednje decenije, najvišu stopu samoubistva ima mađarsko stanovništvo (43), pa bugarsko (37), dok je stopa samoubistva kod srpskog stanovništva u centralnoj Srbiji iznosila 17. U odnosu na obrazovni nivo, stopa samoubistva opada sa visinom obrazovanja, pa je tako najizraženija stopa kod stanovništva bez škole ili sa nedovršenom osnovnom školom (33,6) dok je najniža (10,7) kod onih sa višom ili visokom školom (Stanković, Penev, 2009).

Prosečna starost osobe koja izvrši samoubistvo u našoj zemlji je 52 godine. Oko 70% samoubistava izvrše muškarci, učešće žena je oko 30 %. U našoj zemlji najčešći način izvršenja samoubistva je vešanjem ili gušenjem. No, ono što je iznedrila društvena kriza 90-ih godina, to je da se drastično povećao broj samoubistava koja su izvršena vatrenim oružjem. Prema zvaničnim podacima, u odnosu na pedesete, sedamdesete i osamdesete godine, broj samoubistava izvršenih vatrenim oružjem sredinom i krajem devedesetih je povećan za pet puta.

Ovo je posledica rata, prisustva opšteg nasilja i velike količine oružja koja se našla kod građana (Jugović, 2002).

PSIHO-SOCIJALNA OBELEŽJA SUICIDA

Jedan od najpoznatijih istraživača fenomena samoubistava Shneidman (1985) definiše 10 ključnih psiho-socijalnih obeležja suicida.

1. *Podražaj ili stimulans (razlog samoubistva) - nepodnošljiva psihička bol.* Samoubistvo predstavlja beg od nepodnošljive boli i ekstremne anksioznosti. Osoba opaža bol kao dugoročnu ali i neizbežnu. Ako bol nadvlada nečiju toleranciju u dužem i neprekidnom periodu, osoba gubi veru da je uopšte vredno živeti.

2. *Stresor - frustrirajuća psihološka potreba.* Samoubistvo proizlazi iz nezadovoljenih potreba. Te nezadovoljene potrebe frustriraju osobu i mogu se kretati od najosnovnijih kao što su izbegavanje psihičke boli, ozleda ili bolest, pa sve do najsofisticiranijih kao što je npr. potreba za razumevanjem sveta koji okružuje čoveka. Zato prevencija samoubistva leži u pronalasku olakšanja od frustracije koja je u korenu psihološke boli.

3. *Svrha čina - traženje rešenja.* Samoubistvo je način koji se bira u slučaju kada osoba oseća da više ne može izdržati bol i nepodnošljivu frustraciju. Za počinioca je to "jedini način" rešavanja problema i "najbolja mogućnost" za nerešive unutrašnje dileme.

4. *Cilj - prestanak svesnosti ili postojanja.* Prestanak postojanja postaje jako željen ako je doživljen kao jedino rešenje problema. Ništavilo, prestanak postojanja, beg u smrt, izgleda kao jedino "logično" rešenje u datoj situaciji.

5. *Emocije - beznadežnost i bespomoćnost.* Samoubistvu prethodi tzv. "emocionalna impotencija" koja sprečava pronalaženje izlaza osim smrti i prestanka postojanja. Osećanja beznadežnosti i bespomoćnosti su povezani sa osećanjima tuge, srama, krivice, besa, usamljenosti, itd. Osoba doživljava da nema kontrolu nad svojom unutrašnjom boli i spoljnim okolnostima i ne vidi kraj svojoj neizdrživoj patnji.

6. *Unutrašnji stav - ambivalencija.* Iako je osoba u potrazi za prestankom neizdržive boli kroz čin samoubistva, ona želi biti i spasena

od smrti. Ova ambivalencija je sadržana u tome da osoba gleda na smrt kao na poslednje moguće rešenje problema, dok se u isto vreme nada spasu i boljem životu.

7. *Stanje spoznaje - ograničenost.* Problem "samoubistvenog uma" je u ograničenosti rešavanja problema. Za ovu osobu vredi samo jedna misao - sve ili ništa - i nema drugih alternativa. Zbog toga u tretmanskoj intervenciji treba početi razbijanjem ove dihotomizacije u njihovom umu.

8. *Interpersonalni čin - osoba govori o svojoj nameri.* Od ukupnog broja počinjenih samoubistva u 80% slučajeva osoba je rekla o svojoj nameri drugima (još jedna potvrda ambivalencije) što obično uključuje pozdrav voljenim osobama, deljenje imovine, itd.

9. *Akcija - beg.* Svrha samoubistva je pobeći od boli, frustracije, patnje, beznadežnosti, bespomoćnosti: svrha je zaustaviti sva ta osećanja, i zato je "jedina efikasna" akcija "otići zauvek" i ostaviti sve.

10. *Konzistentnost - celoživotni način suočavanja sa problemima.* "Sklonost ka samoubistvu" je povezana sa kapacitetima i načinima suočavanja sa psihičkom boli tokom života. Samoubistvo nije anomalija, ono je samo ekstenzija opšteg načina nošenja čoveka sa problemima.

SAVREMENI PRISTUPI U ETIOLOGIJI SUICIDA

Koreni fenomena suicida nastaju u odnosima pojedinac-društvo. Uzroci samoubistva su kompleksi faktora koji se u najopštijem smislu mogu podeliti na biološke, demografske, psihološke, socijalne i kulturološke činioce koji imaju udruženo dejstvo. Uzroke samoubistva ne treba mešati sa neposrednim povodima ili motivima kao što je npr. kod adolescentna neostvarena ljubav, loša ocena u školi ili kod odraslih trenutni poslovni neuspeh, gubitak posla, akutni sukob u porodici, itd.

Model “trule jabuke” i “trulog bureta”

U tumačenju uzroka samoubistva postoje dva opšta teorijska modela koji se metaforično mogu nazvati model “*trule jabuke*” i model “*trulog bureta*” (O’Conor, Sheehy, 2001). Model “*trule jabuke*” zasnovan je na ideji da je samoubica nefunkcionalan pojedinac, pa zato treba saznati koje ga individualne ili lične karakteristike izdvajaju u odnosu na “zdrave jabuke” u društvu. Time bi se moglo utvrditi i kako primeniti prevenciju samoubistava i tretman onih koji su pokušali ili su u riziku da učine samoubistvo. Model “*trulog bureta*” samoubistvo sagledava kao rezultat društvenog uticaja na pojedinca pa zato fokus u prevenciji i tretmanu treba usmeriti ka društvenim faktorima koji dovode do samoubistva. Na primer, Dirkem je smatrao da je samoubistvo posledica poremećaja (Dirkem, 1997): društvene integracije (prejaka ili preslaba individualizacija) i društvene regulacije (preslaba ili prejaka normiranost u socijalnoj sredini).

Individualni i društveni faktori

Savremeni pristup samoubistvu zasnovan je na interdisciplinarnim saznanjima i integrativnom modelu koji treba da uvaži i *individualne faktore* (ličnost, organizam, nasleđe, mentalno i fizičko stanje, itd.), kao i *društvene faktore* (socijalna izolacija, društvene krize, ekonomsko stanje društva i porodice, religijska uverenja, kulturno-religijske vrednosti, itd.). Takođe, treba uzeti u obzir i činjenicu i da je svako samoubistvo jedinstven slučaj, kao što i svaki čovek u svom životu nosi jedinstvenu notu pored zajedničkih osobina koje deli sa drugim ljudima ili svojom socio-kulturnom zajednicom. Iz ovog razloga “blisko nam je stanovište savremene suicidologije da samo istovremeno delovanje suicidogene dispozicije (smanjenog životnog nagona) i pojačane psihičke reaktivnosti na spoljnje ili unutrašnje nadražaje pojedinca i samoubilačkih motiva (egzogenih i endogenih; ili društvenih i individualnih, prim. a.) dovodi do samoubistva” (Knežić & Savić, 2010: 48).

Pristup faktora rizika i zaštite

Najuticajniji etiološki model u tumačenju suicida jeste koncept faktora rizika i zaštite. Ovaj model polazi od uvažavanja i sinteze različitih pristupa suicidu: biološkog, psihološkog, sociološkog, religijskog, psihijatrijskog i osnov je savremene etologije u suicidologiji. Multifaktorski koncept faktora rizika i zaštite je i jedan od osnova savremenih preventivnih strategija prema suicidu.

Faktori rizika su bio-psiho-socijalno-kulturološki činoci koji povećavaju verovatnoću suicida. Što je prisutno više faktora rizika, raste verovatnoća da će osoba pokušati ili izvršiti samoubistvo. Faktori rizika mogu se grupisati u pet oblasti: individualni ili lični, mentalne bolesti, porodični rizični faktori, socijalni faktori i faktori okruženja (RAJE, 2011; Agerbo, Nordentoft, Mortensen, 2002; Christoffersen, Poulsen, Nielsen, 2003;).

1) Individualni faktori:

- a) *muški pol* – stopa suicida je viša u populaciji muškaraca nego žena i to u svim starosnim grupama; stopa muškog suicida je najviša u 20-tim i 30-tim godinama, a onda ponovo raste u starosti;
- b) *psihički i emocionalni problemi* – na primer, nisko samopostovanje, izražena introvertnost, socijalna neadekvatnost, impulsivnost, nesmotrenost, beznadežnost, anksioznost, gnev, agresivnost i nasilno ponašanje, itd;
- c) *seksualna orijentacija* – neki studije u svetu sugerišu da mlade osobe gej i lezbijske seksualne orijentacije imaju povećan rizik od suicidalnog ponašanja iz razloga veće verovatnoće da imaju iskustva predrasuda prema njima, beskućništva, depresije i upotrebe psihoaktivnih supstanci, itd;
- d) *fizičko-zdravstveni problemi* – na primer, skorašnji početak ozbiljne bolesti, hronične ili izrazito bolne bolesti, funkcionalna ograničenja zbog bolesti, povrede, itd.
- e) *stresni životni događaji* – na primer, skorašnji gubitak značajne osobe, interpersonalni konflikt, gubitak posla, itd.

2) Mentalne bolesti:

- a) *velika depresija* – ona je značajan faktor rizika za suicidalno ponašanje i može biti povezana sa niskim nivoom neurotransmitera u mozgu;
- b) *druge depresivne bolesti* – takođe, mogu biti povezane sa suicidalnim ponašanjem, na primer, bipolarni poremećaji se pokazuju kao značajan faktor rizika;
- c) *bolesti zavisnosti* – alkohol i psihoaktivne supstance pogoršavaju druge mentalne bolesti što može proizvesti smanjenje inhibicija i povećavanje impulsivnosti i rizičnog ponašanja;
- d) *antisocijalno ponašanje* - postoji jasna veza između suicidalnog i antisocijalnog ponašanja, kao što su poremećaji ponašanja ili antisocijalni poremećaj ličnosti;
- e) *istorija psihijatrijskog lečenja* – prethodna istorija mentalnih bolesti koja je zahtevala psihijatrijsko lečenje povećava rizik od suicidalnog ponašanja;
- f) *prethodno suicidalno ponašanje* – prethodna istorija suicidalnog ponašanja povećava rizik od suicida ili pokušaja suicida.

3) Porodični rizični faktori:

- a) *raspad porodice* – razvod ili separacija može stvoriti kod članova porodice osećanje izolovanosti i ranjivosti i povećati rizik od depresije i suicidalnog ponašanja;
- b) *porodični konflikt ili siromašna komunikacija* – na primer, bračne nesloge, porodični konflikt, nasilje u porodici, ekstremno visoka ili niska porodična očekivanja i kontrola, mentalne bolesti roditelja kao što su depresija ili bolesti zavisnosti;
- c) *zlostavljanje deteta* – rizik od suicidalnog ponašanja može biti povećan kada postoji istorija zlostavljanja deteta, kao što su zanemarivanje, seksualno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje, prisustvo nasilju u porodici;

- d) *porodična istorija suicidalnog ponašanja* – rizik od suicidalnog ponašanja je veći u porodicama u kojima je bilo suicida.

4) Socijalni faktori rizika:

- a) *loš socijalno-ekonomski položaj* – socijalno-materijalne i ekonomske nedaće mogu povećati rizike od mentalnih problema i suicidalnog ponašanja;
- b) *migrantska populacija* – migracije, a naročito one nasilnog tipa, dovode do socijalnog i psihološkog “iskorenjivanja” i problema adaptacije na novu socijalnu sredinu, što uvećava rizik od suicidalnosti;
- c) *napuštanje školovanja* – mentalni problemi i rizik suicidalnog ponašanja može biti veći kod mladih koji su napustili školovanje ili imaju česte izostanke i disciplinske suspenzije;
- d) *nezaposlenost* – nezaposlenost povećava rizik od suicidalnog ponašanja, posebno zbog nedostatka socijalnog kontakta, gubitka osećanja identiteta, smanjivanja aktivnosti i osećanja bezvrednosti, kao i zbog smanjivanja prihoda;
- e) *socijalna izolacija* – nedostak socijalne podrške, usamljenost, život u udaljenim i izolovanim mestima, prekidanje važnih socijalnih veza, povećavaju rizik od samoubistva;
- f) *nerazvijene ruralne i urbane lokalne (regionalne) zajednice* – stopa samoubistva je značajno veća u socijalno-ekonomsko nerazvijenim zajednicama što se objašnjava fenomenom socijalne deprivacije: lošiji prihodi, lošije zdravlje, niže profesionalne kvalifikacije, lošiji uslova stanovanja, loša geografska pristupačnost, jesu činoci koji prate više stope samoubistva i zato čine faktore rizika.

5) Faktori okruženja ili kontekstualni faktori:

- a) *pristupačnost letalnih sredstava* – laka pristupačnost “metoda” okončanja sopstvenog života može povećati stope suicida, na primer u zemljama gde postoji velika količina vatrenog oružija ili nekontrolisana dostupnost “lekova” za mlade u porodičnim kućama i stanovima, nepostojanje fizičkih barijera na zgradama ili mostovima, itd;

- b) *suicidalno ponašanje bliskih osoba* – rizik od samoubistva je veći ukoliko postoji porodična istorija samoubistva ili ukoliko su prijatelji i poznanici ispoljavali suicidalno ponašanje;
- c) *izloženost negativnim medijskim uticajima* – izloženost suicidalnom ponašanju kroz medije, posebno preko senzacionalističkih izveštaja ili detaljnih opisa načina samopovređivanja, jeste jedan od faktora rizika čije je dejstvo naročito pojačano kada se udruži i sa drugim faktorima.

Sa druge strane, izloženost čak i brojnim faktorima rizika ne dovodi deterministički do suicidalnih ponašanja, zbog prisustva tzv. faktora zaštite ili otpornosti. Na primer, kada su mladi izloženi većoj grupi faktora rizika, ukoliko u njihovom okruženju postoje faktori zaštite (dobar emocionalni odnos sa jednim članom porodice ili nastavnikom, religijska uverenja, snažna socijalna podrška u sredini, pozitivno školsko iskustvo, itd.), onda će ovi faktori sprečiti suicidalni proces i čin. Faktori zaštite jesu ključni sa aspekta prevencije samoubistava: to su činoci koji smanjuju verovatnoću da se samoubistvo dogodi na takav način što povećavaju otpornost u odnosu na faktore rizika tj. ojačavaju individualne kapacitete čoveka da se nosi sa ličnim teškoćama u svom okruženju. Karakteristike ličnosti, stavovi i ponašanja, socijalno okruženje, kultura, religija, jesu opšti faktori zaštite. Kao posebni faktori zaštite mogu se izdvojiti (Stanković, Penev, 2009; RAJE, 2011; Filipović, 2010):

- rana identifikacija osoba u riziku u zajednici;
- klinički tretman mentalnih i fizičkih bolesti i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci;
- laka dostupnost raznovrsnih kliničkih intervencija;
- postojanje stručne podrške osobama u riziku;
- čvrste veze sa porodicom, školom, lokalnom zajednicom i snažna socijalna podrška;
- socijabilnost i poverenje u druge;
- snažna profesionalna samorealizacija i “kreativni individualizam” (liberalne i bolje plaćene profesije: “sreća na radu”);

- razvijene veštine rešavanja problema i konflikata;
- osećanja odgovornosti za porodicu i decu;
- personalna rezilijentnost, kao što su načini i stilovi suočavanja sa ličnim problemima;
- socijalno-ekonomska sigurnost;
- dobro fizičko i mentalno zdravlje;
- ograničena dostupnost visokoletalnih sredstava za samoubistva;
- kulturna i religijska verovanja koja obeshrabruju samoubistvo, itd.

Faktori rizika i faktori zaštite se često nalaze na suprotnim krajevima istog kontinuuma: na primer, socijalna izolacija (faktor rizika) i snažne socijalne veze (faktor zaštite) su na krajevima putanje socijalne podrške. Po svom delovanju faktori rizika i faktori zaštite mogu biti dvojaki (Australian Government, 2007): *promenljivi* (modifiable) i *nepromenljivi* (non-modifiable). Na primer, starost i pol jesu nepromenljivi faktori rizika, međutim, na njih je moguće delovati, u prevenciji samoubistva, promenljivim faktorima kao što su promena lokacije stanovanja ili smanjivanje socijalne izolacije.

Ipak, faktori rizika i zaštite, kao i odnos sredine (uže i šire socijalne zajednice) prema samoubistvu oblikovani su socio-kulturnim kontekstom. Socio-kulturni kontekst je u snažnoj vezi sa rasprostranjenošću samoubistva. Pa tako, u većini zemalja koje imaju visoke stope samoubistva veća je rasprostranjenost depresije, viši je nivo korišćenja alkohola, veći je udeo starije populacije, veće je prisustvo socijalne izolacije kao i kognitivne rigidnosti na individualnom planu. Sa druge strane, u zemljama sa nižim stopama samoubistva, veliki je udeo mlade populacije, postoje jake mreže socijalne kontrole, snažne i šire porodične veze, samoubistva se izričito zabranjuju, stanovništvo je najčešće katoličke ili muslimanske veroispovesti (Stanković, Penev, 2009). Istraživanja SZO pokazuju da u evropskim zemljama depresivnost i upotreba alkohola jesu ključni kao faktori rizika, dok u azijskim zemljama impulsivnost ima veći značaj nego Evropi (WHO, 2009).

Na internacionalnom nivou pokazuje se i jak efekat bogatstva na samoubistvo: rast samoubistva je najjači u onim regionima i socioprofesionalnim kategorijama koje su najudaljenije od privrednog napret-

ka i bogatstva. Pa tako, iako međunarodna poređenja ukazuju da su stope samoubistva više u bogatijim zemljama, socijalna distribucija samoubistva u najrazvijenijim zemljama govori nešto drugo. U SAD je stopa najniža u najurbanizovanim i najbogatijim regionima a najviša u siromašnim perifernim regionima, u Velikoj Britaniji gradovi pogođeni siromaštvom i dezindustrializacijom imaju najviše stope samoubistva, u Francuskoj najbogatiji region ima najnižu stopu a najsiromašniji - najviše (Filipović, 2010: 210-211).

Višedecenijska istraživanja širom sveta upućuju i na značaj religijskog konteksta u tumačenju suicida. Religijska uverenja i posvećenost religiji jesu snažan faktor zaštite. Dominirajuće svetske religije poput hrišćanstva ili islama, jesu učenja koja naglašavaju svetost čovekovog života i važnost podređivanja božijoj volji. Religijska uverenja kao faktor zaštite deluju na više načina: preko moralnih prepreka i zabrana; stvaranja cilja i nade u životu čoveka; razvijanja manje neprijateljskih osećanja i agresivnosti; uverenja o štetnosti korišćenja alkohola ili droga; redukcijom otuđenosti i jačanjem socijalnih veza, naročito unutar iste religijske skupine; jačanjem osećanja odgovornosti prema porodici, itd., (Stanković, Penev, 2009). Religioznost može postati i faktor rizika u situacijama osećanja gubitka vere, kada posvećenost religiji nailazi na veliko neodobravanje i osudu socijalne sredine ili u slučajevima verskog fundamentalizma i sektaštva ("Dirkemovo altruističko samoubistvo").

Porodični faktori suicida su, takođe, bitni činioци razumevanja etiologije. Karakteristični porodični faktori rizika jesu: samoubistvo ili rana smrt roditelja, porodična istorija (i bolničko lečenje od mentalnih bolesti), nezaposlenost, niski prihodi, loše obrazovanje roditelja, razvod braka, mentalne bolesti kod braće ili sestara, slaba privrženost i siromašne veze između majke i deteta u psiho-socijalnom razvoju pojedinca (Agerbo, Nordentoft, Mortensen, 2002). U danskoj studiji o rizičnim faktorima došlo se do saznanja da je prvi pokušaj suicida bio povezan sa sledećim porodičnim faktorima rizika: psihijatrijske bolesti roditelja, suicidalno ponašanje roditelja, iskustvo zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu (Christoffersen, Poulsen, Nielsen, 2003).

Iznete činjenice pokazuju da se faktori rizika i faktori zaštite prema samoubistvu dešavaju na tri nivoa (Australian Government, 2007):

- na individualnim ili personalnom nivou - mentalno i fizičko zdravlje, samopoštovanje, sposobnost pojedinca da se suočava sa teškoćama u svom okruženju, da upravlja svojim emocijama i savladava stres;
- na socijalnom nivou - učešće pojedinca u socijalnom mrežama kao što su porodica, prijatelji, kolege, šira zajednica i individualno osećanje pripadanja;
- na kontekstualnom nivou ili širem životnom okruženju - socijalni, politički, ekološki, kulturni i ekonomski faktori koji doprinose kvalitetu života.

I konačno, ovaj probabilistički i moderni koncept u savremenom pristupu uzročnosti suicida, suicidalna ponašanja (bilo sa letalnim ili nefatalnim ishodom) tumači kao rezultat međudejstva različitih faktora rizika i nedostatka (ili slabosti) protektivnih faktora koji postoje u životu jednog pojedinca.

ZAKLJUČAK

Suicid nastaje kao kompleks psiholoških, socijalnih, bioloških, kulturnih i sredinskih faktora. Na pojavu samoubistva postoje i različiti društveni odgovori koji su oblikovani mitskim, istorijskim, vrednosnim, kulturnim, religijskim i pravnim činionicima.

U svetu godišnje samoubistvo izvrši oko jedan milion ljudi ljudi ili na svakih 40 sekundi neka osoba u svetu izvrši samoubistvo, dok su pokušaji samoubistva 20 puta češći. U poslednjih 45 godina stopa suicida je u svetu povećana za 60%. U Srbiji je od 1953. do 2008. godine samoubistvo izvršilo 66,7 hiljada osoba (prosečno godišnje oko 1200 samoubistva). Srbija ima vrlo neujednačenu regionalnu stopu samoubistva sa izraženim viskom stopama u oblastima Vojvodine i niskim stopama u južnim delovima Srbije. Srbija ima srednju stopu samoubistva, pri čemu je prosečna starost osobe koja izvrši samoubistvo 52 godine, a 70% samoubistava izvrše muškarci.

Najuticajniji savremeni etiološki model u tumačenju suicida jeste koncept faktora rizika i zaštite. Ovaj model polazi od interdisciplinarnosti i sinteze različitih pristupa suicidu: biološkog, psihološkog,

sociološkog, religijskog, psihijatrijskog. Multifaktorski koncept faktora rizika i zaštite je i jedan od osnova savremenih preventivnih strategija prema suicidu. Faktori rizika mogu se grupisati u pet oblasti: individualni ili lični, mentalne bolesti, porodični rizični faktori, socijalni faktori i faktori okruženja.

Rizični i zaštitini faktori se uvek moraju razumeti i u širem društvenom i socijalno-političkom kontekstu. Dirkem je ubedljivo pokazao da društvena anomija izražena kroz poremećen sistem vrednosti stvara pogodni milje za nastanak i visoke stope samoubistava (Dirkem, 1997). Srpsko društvo, na primer, je prošlo kroz sveopštu destrukciju od ekonomije i politike do kulture i morala. Mnoge porodice su iscrpljene borbom za preživljavanje uz iskustva rata, ratnih stradanja i izbeglištva. Ugroženo je zdravlje stanovništva, što se najbolje vidi u povećanim stopama smrtnosti i stalnim povećavanjem broja malignih i duševnih bolesti. Veliki broj ljudi živi sa osećanjima besperspektivnosti i depriviranosti. Ako se na to nadovežu osujećujuće porodično okruženje i neki unutrašnji psihički faktori, onda "bekstvo u smrt" može za neke ljude da bude jedan od mogućih "izlaza" iz takvog stanja.

LITERATURA

1. Agerbo E., Nordentoft M. and Mortensen, B. P. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, 325 (7355): 74, doi:10.1136/bmj.325.7355.74.
2. Australian Government (2007). *Risk and protective factors in suicide prevention*. Australian Government-Department of Health and Ageing. <http://www.livingisforeveryone.com.au/IgnitionSuite/uploads/docs/LIFEFact%20sheet%204.pdf>, posećeno 8. 9. 2011.
3. Christoffersen, M. N., Poulsen, H. D., Nielsen, A (2003). Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (5), pp. 350-358.
4. Dirkem, E. (1997). *Samoubistvo*. Beograd: BIGZ.

5. Filipović, M. (2010). Bogatstvo zemlje i samoubistvo. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 9 (1), 209-222.
6. Jugović, A. (2002). *Društvena patologija i normalnost – teorijske i praktične perspektive*. Beograd: Službeni glasnik.
7. Knežić, B., Savić, M. (2010). *Oproštaj od života: poslednje poruke*. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
8. Novosadski humanitarni centar–psihološko savetovalište za mlade (NSHC), <http://savetovaliste.nshc.org.rs/autodestruktivnost.htm>, <http://savetovaliste.nshc.org.rs/samoubistvo.htm>, posećeno 5.9.2011.
9. O’Conor, R. C., Sheehy, N. P. (2001). State of the art: Suicidal Behavior. *The Psychologist*, 14, pp. 20-24.
10. Response Ability for Journalism Education - RAJE (2011). *Risk and protective factors*. <http://www.responseability.org/site/index.cfm?display=134912>, posećeno 8. 9. 2011.
11. Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide* (1st Edition). New York: Wiley-Interscience.
12. Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. New York: Oxford Univesity Press.
13. Stanković B., Penev G. (2009). Sociokulturni kontekst suicidalnog ponašanja i neke relevantne činjenice o samoubistvima u Srbiji. *Sociološki pregled*, 18 (2), 155-184.
14. WHO (2009). Suicide risk high for young people. http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2009/suicide_prevention_20090915/en/index.html, posećeno 8.9.2011.
15. WHO (2011). Suicide prevention. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en, posećeno 8.9.2011.

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND ETIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SUICIDE IN MODERN SOCIETY

Aleksandar L. Jugović

University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation

Summary

The aim of this paper is to scientifically describe and explain socio-demographic and causal characteristics of suicide in modern society. Socio-demographic characteristics of suicide indicate that suicide rate has increased by 60% on a global level over the last 45 years, with the average of 16 cases per 100000 people. This increase in the number of suicides is the highest in underdeveloped parts of world countries and socio-professional categories of population with lower level of professional achievements and sociability. In Serbia 66.7 thousand people committed suicide in the period between 1953 and 2008, which is approximately around 1200 a year. Regional suicide rate in Serbia is irregular, being markedly high in Vojvodina and low in the south of the country. With the social cataclysm in 1992, the number of suicides in Serbia reached its historical maximum. The average age of persons committing suicide in Serbia is 52.

The most influential etiological model in studying suicide is the concept of risk and protective factors. This model accepts and synthesizes different approaches: biological, psychological, sociological, religious, and psychiatric. It is the basis of modern etiology in the study of suicide. Risk factors increase the likelihood of suicide. Protective factors are key factors in preventing suicide, since they decrease the likelihood of suicide by increasing individual resistance to risk factors.

Key words: suicide, etiology, risk factors, protective factors, society

Primljeno, 10. 10. 2011.

Prihvaćeno, 20. 10. 2011.