

# Suicid i procjena suicidalnog rizika u adolescenata

---

Mitar, Luka

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:347525>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-11**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI  
STUDIJ MEDICINA

Luka Mitar

**Suicid i procjena suicidalnog rizika u adolescenata**

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

SVEUČILIŠTE U RIJECI  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI  
STUDIJ MEDICINA

Luka Mitar

**Suicid i procjena suicidalnog rizika u adolescenata**

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

Mentor rada: **izv.prof.dr.sc. Daniela Petrić, dr.med**

Diplomski rad ocjenjen je dana \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc.dr.sc. Ana Kaštelan, dr.med (predsjednik Povjerenstva)
2. doc.dr.sc. Tanja Grahovac Juretić, dr.med.
3. izv.prof.prim.dr.sc Marija Vučić Peitl, dr.med.

Rad sadrži 38 stranica, 1 sliku, 1 tablicu, 45 literaturnih navoda.

## Popis kratica i objašnjenja

**SZO** – svjetska zdravstvena organizacija

**C-CASA**- klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja (prema engl. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment)

**PTSP** – posttraumatski stresni poremećaj

**BAP** – bipolarni afektivni poremećaj

**NSSI** – nesuicidalno samoozljeđivanje

**DBT** – dijalektička bihevioralna terapija

**HS-DE** – vrijeme koje je proteklo od pojave prvih simptoma suicidalnog ponašanja do javljanja zdravstvenom djelatniku

## Sadržaj

1. Uvod .....	1
2. Svrha rada.....	6
3. Pregled literature .....	7
3.1. Epidemiološki pokazatelji suicidalnog ponašanja .....	7
3.2. Modeli razumijevanja suicidalnog ponašanja .....	8
3.3. Procjena rizika suicidalnosti .....	11
3.4. Stigma mentalnih oboljenja i suicid .....	15
4. Rasprava .....	17
5. Zaključak .....	23
6. Sažetak.....	25
7. Summary .....	27
8. Literatura .....	29
9. Životopis .....	33

## 1.Uvod

Suicid predstavlja čin namjernog okončanja vlastitog života, a može biti izazvan različitim faktorima kao što su: psihička bolest, osjećaj beznadnosti, traumatična iskustva, socijalna izolacija ili drugi složeni čimbenici. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) više od 700 000 ljudi godišnje počini samoubojstvo (1). Pokušaji gdje izostaje fatalni ishod (tentamen suicidii) znatno su češći od uspješnih izvršenja suicida (2). Problemi s mentalnim zdravljem, uključujući samoubojstvo, značajni su javnozdravstveni problemi tijekom adolescencije. Otprilike 20% adolescenata ima psihijatrijski poremećaj, u dobi od 10. do 24. godine (3). Samoubojstvo se svrstava među vodeće uzroke smrti među mladima širom svijeta, posebno unutar dobne skupine od 15 do 19 godina (4). Slijedom toga, prevencija samoubojstava kod adolescenata trebala bi imati prioritet u javnozdravstvenim politikama. Ideja samoubojstva snažan je prediktor pokušaja samoubojstva i smrtnosti, naglašavajući važnost napora za sprečavanje, otkrivanje i liječenje suicidalnih misli kako bi se smanjili pokušaji samoubojstva te smrtni ishodi.

Na rizik samoubojstva u svim dobnim skupinama utječe više čimbenika, uključujući interakciju između stresa (povezanog s mentalnim bolestima) i dijateza (sklonost doživljavanju suicidalnih misli i djelovanju na njih). Ostala važna razmatranja rizika od samoubojstva uključuju otkrivanje suicidalnih misli, pridržavanje smjernica za prevenciju samoubojstava u ustanovama za mentalno zdravlje i pridržavanje preporuka medijskog izvještavanja o samoubilačkim događajima. U doba kada je potpomognuto samoubojstvo dopušteno za teške medicinske bolesti, i dalje je ključno dati prednost prevenciji samoubojstava u mentalnim poremećajima. Sposobnost odlučivanja osoba s mentalnim bolestima može biti iskrivljena, a sama bolest i suicidalne misli često su reverzibilne (5).

Depresija je najrasprostranjeniji poremećaj među osobama opće populacije koji počinje samoubojstvo. Nekoliko je ključnih čimbenika rizika povezanih s ovim poremećajem, uključujući obiteljsku anamnezu psihijatrijskih poremećaja, muški spol, prethodne pokušaje samoubojstva, težu depresiju, osjećaj beznađa i prisutnost komorbiditeta (6). Usko je povezana i s prisutnošću suicidalnih misli i s pokušajima samoubojstva. Međutim, to nije vrlo specifičan prediktor i ograničeno je razumijevanje karakteristika koje povećavaju rizik od samoubojstva među osobama s depresijom. Depresija, zajedno s poremećajima upotrebe psihoaktivnih tvari, osobito onima povezanim s alkoholom, najčešće je dijagnosticirano stanje među pojedincima koji preminu samoubojstvom (7). Štoviše, prisutnost komorbiditeta snažno je povezana s povećanim rizikom od samoubojstva (7). Provedba smjernica za prevenciju samoubojstava u ustanovama za mentalno zdravlje ključna je za smanjenje stope samoubojstava (8).

Današnji adolescenti suočavaju se s brojnim značajnim društvenim izazovima, uključujući utjecaj krize uzrokovane bolešću COVID-19 na njihovu dobrobit. Suočavanje s izazovima pandemije često uključuje snalaženje u društvenim dilemama u kojima je individualni osobni interes u kratkoročnom sukobu s dugoročnim kolektivnim koristima. Nedavna istraživanja koja su uključivala sudionike različite dobi otkrila su da je pandemija COVID-19 imala najštetnije učinke na živote mlađih osoba, posebno onih u dobi od 18 do 24 godine. Iskusili su povećanu usamljenost, ekonomske teškoće i nesigurnost radnih mjesta (9).

Studije snimanja mozga pomoću magnetske rezonancije (MRI) pokazale su izrazite promjene u kortikalnom neuronskom razvoju tijekom adolescencije (10). Nakon početnog povećanja kortikalne sive tvari u ranom djetinjstvu, adolescenti prolaze naknadno smanjenje sive tvari, što dovodi do stabilizacije neuronske gustoće u ranoj odrasloj dobi. Adolescencija je kritično



vrijeme za razvoj. Važno je napomenuti da se početak mentalnih poremećaja obično javlja prije 25. godine, s najvećom učestalošću oko 14.5. godine (3). To naglašava ranjivost adolescencije jer se u tom razdoblju često pojavljuju mentalni poremećaji. Međutim, adolescencija također predstavlja značajne mogućnosti za društveni razvoj, uključujući prevladavanje pristranosti, doprinos društvu i pronalaženje rješenja za buduće izazove.

Prosocijalno ponašanje, koje obuhvaća radnje koje koriste drugima, poput davanja, pomaganja i dijeljenja, igra ključnu ulogu u razvoju pozitivnih društvenih odnosa. Posebno je važno tijekom djetinjstva i adolescencije kada postoji povećana potreba za društvenom pripadnošću, grupnom pripadnošću, intenzivnim vršnjačkim odnosima i popularnošću. Prosocijalno ponašanje je kompleksan, socijalno uvjetovan konstrukt, čijem razvoju doprinose različiti čimbenici. Istraživanja sugeriraju da je adolescencija osjetljivo razdoblje u društvenom razvoju, gdje društvena iskustva imaju značajan utjecaj na razvoj prosocijalnih motivacija i ponašanja (11).

U medicinskom području, uključujući psihijatriju, uporaba tehnologije raste, a koncept "telepsihijatrije" postaje bolje definiran (12). Pandemija bolesti COVID-19 dodatno je naglasila potrebu da kliničari koriste nove alate za pružanje usluga i preventivne intervencije. Tehnologija nudi inovativne mogućnosti u psihijatriji, a tradicionalne procjene suicidalnog rizika sve se više nadopunjuju ili zamjenjuju konzultacijama koje se oslanjaju na digitalne alate (13). Upotreba novih tehnologija može olakšati brze i učinkovite odgovore na potrebe pacijenata, minimizirajući kašnjenja u naporima za prevenciju samoubojstava. Kod adolescenata je općeprihvaćeno prisutna digitalizacija i informatizacija, a gotovo četvrtina njih stalno je online dok je preko 90% svakodnevno na internetskoj mreži (14). Vješti su u korištenju različitih uređaja za komunikaciju, poput pametnih telefona, omogućujući različite

oblike interakcije putem telefonskih poziva, tekstova, poruka na društvenim mrežama i još mnogo toga. Slijedom toga, intervencije temeljene na novim tehnologijama igraju ključnu ulogu u sprečavanju samoubojstva mladih. Brojna istraživanja i metaanalize ispitivale su učinkovitost digitalnih intervencija, posebno aplikacija za pametne telefone, u samoupravljanju suicidalnim idejama ili samoozljeđivanjem i kod odraslih i kod adolescenata (15).

U Nizozemskoj je 2018. provedena prospektivna kohortna studija kako bi se poboljšale politike i prakse u deset različitih područja povezanih s prevencijom samoubojstava. Uočena su značajna poboljšanja u razvoju organizacijskih politika prevencije samoubojstava, praćenju i analizi broja samoubojstava, provođenju procjena nakon samoubilačkih incidenata i pružanju obuke kliničarima (16). Potpomognuto samoubojstvo, dopušteno u određenim zemljama za teške medicinske bolesti, jedinstveno je u Švicarskoj, gdje država tolerira sudjelovanje javnosti (porote sastavljene od laika) u organiziranju etičkih aspekata prava na „asistirano samoubojstvo“. Raspravlja se o pravnom okviru i etičkim smjernicama vezanim uz potpomognuto samoubojstvo, zajedno s praktičnim primjerima koji uzimaju u obzir mentalno zdravlje pacijenta i sposobnost donošenja odluka. Naglašena je procjena i liječenje mentalnih bolesti, jer potencijalno mogu promijeniti odnos pacijenta prema samoubojstvu (5).

Iako pružatelji primarne zdravstvene zaštite nemaju zadatak liječiti mlade sa suicidalnim ponašanjem, stvarnost je da pružatelji primarne zdravstvene zaštite sve više upravljaju psihijatrijskim liječenjem svojih pacijenata. Nedavne američke procjene pokazuju da je pružatelj primarne zdravstvene zaštite liječio otprilike trećinu pacijenata od psihičkih problema (17). Štoviše, iako su posjeti psihijatrima ostali prilično stabilni, posjeti djelatnicima primarne zaštite zbog lijekova za liječenje psihičkih smetnji znatno su se povećali. Ukratko,

pružatelji primarne zdravstvene zaštite upravljaju rastućom populacijom mladih s problemima mentalnog zdravlja koji su složeni i uključuju upravljanje psihijatrijskim lijekovima, upućivanje na liječenje i kontinuiranu procjenu simptoma i lijekova. Osim toga, mladi dolaze liječnicima primarne zdravstvene zaštite sa samoubilačkim ponašanjima / smetnjama koje predstavljaju složen bio-psiho-socijalni fenomen te oni nisu adekvatni za savjetovanje o istima.

## 2.Svrha rada

Cilj ovog diplomskog rada je pružiti teorijski uvid u kompleksnost problema suicida, uz pregled relevantne literature. Poseban fokus je na naglašavanju važnosti ranog prepoznavanja faktora rizika povezanih sa suicidalnošću i preventivnih mjera koje služe procjeni suicidalnog rizika te očuvanju mentalnog zdravlja adolescenata.

## 3. Pregled literature

### 3.1. Epidemiološki pokazatelji suicidalnog ponašanja

U većini zemalja stopa suicida viša je od stope homicida. Iskazuje se kao broj počinjenih suicida na 100 000 stanovnika u jednoj godini. Pokušaji su do 20 puta češći od počinjenih suicida. U posljednjih je 50 godina stopa globalno porasla za 60% (2). Češće ga počine muškarci dok je broj neuspjelih pokušaja veći kod žena (povezano sa sredstvima kojima su pokušaji izvršeni; žene češće pribjegavaju manje agresivnim metodama poput predoziranja tabletama), u Indiji primjerice čak 3 puta veća stopa nego kod muškaraca (2). Incidencija je veća kod homoseksualne populacije nego što je to kod heteroseksualne, a gledano iz socioekonomske perspektive češća je kod umirovljenika te nezaposlenih i razvedenih osoba (18).

U Republici Hrvatskoj u ukupnom mortalitetu samoubojstva u općoj populaciji prema podacima iz 2009. sudjeluju s udjelom od oko 1,5% (19). Unatoč relativno malom udjelu, u populaciji između 15-29 godina života uz mortalitet povezan s prometnim nesrećama suicid zauzima drugo mjesto u ukupnom mortalitetu ove populacije. Županije unutar RH znatno variraju po stopama samoubojstva. Najmanje dobno-standardizirane stope evidentirane su u županiji Dubrovačko-neretvanskoj, što iznosi 7,4 na 100.000 stanovnika, dok su najviše stope zabilježene u županiji Krapinsko-zagorskoj, što iznosi 32,8 na 100.000 stanovnika u općoj populaciji (19).

### 3.2. Modeli razumijevanja suicidalnog ponašanja

Suicid je svjesno samouništavajući čin koji proizlazi iz mnogobrojnih "nedostataka" koje osoba ne može riješiti na drugačiji način. Najčešći razlozi uključuju želju za kažnjavanjem samog sebe, bijeg iz nesnosne situacije, namjerno izazivanje osjećaja krivnje i kažnjavanje drugih, impulsivno oslobađanje od napetosti, izražavanje osjećaja besmislenosti života te pokušaj privlačenja pažnje ili traženje pomoći (2). Teško je točno odrediti granice međutim jedna od prihvaćenih podjela prof. Jakovljevića govori o rasponu od indirektnog samoubilačkog ponašanja do počinjenog samoubojstva:

- 1) neizravno autodestruktivno ponašanje – pojedinac ne doživljava nužno svoje radnje kao samoubilačke; životni stil koji označuje nesvjesnu težnju ugrožavanju te okončanju života.
- 2) suicidalne misli – pojedinac razmatra opciju samoubojstva međutim misli često ostaju nepotpune.
- 3) suicidalne namjere – vidljive namjere protiv sebe samog koje se ne ostvaruju postupcima, ali su vidljive kroz ponašanje.
- 4) parasuicidalna pauza - opisuje situaciju u kojoj osoba izvodi čin sličan pokušaju samoubojstva, ali negira svoju namjeru te to prikazuje kao želju za privremenim prekidom stvarnosti. To može uključivati korištenje toksičnih, ali ne smrtonosnih sredstava poput uspavljujućih ili drugih tvari.
- 5) prijetnja suicidom - kada osoba izrazi namjeru da poćini suicid, ali ne poduzima nikakve konkretne korake u tom smjeru. Osoba obavještava svoju okolinu o svojoj namjeri, ali ne stupa u akciju.

6) parasuicidalna gesta – ugrožavajući čin usmjeren protiv sebe, koji ima demonstrativni karakter. Osoba može izvoditi geste koje se mogu percipirati kao opasne po njen život, ali bez stvarne namjere za izvršenjem samoubojstva.

7) namjerno samoozljeđivanje - impulzivna reakcija u kojoj osoba nanosi ozljede sebi u subjektivno nesnosnoj situaciji, ali bez prave namjere za izvršenjem samoubojstva.

8) pokušaj suicida – čin obilježen svjesnom težnjom samouništenja (20).

Durkheim postavlja psihosocijalni model razumijevanja teorije suicida. Svrstava ih u 4 skupine: egoistična, altruistična, anomična i fatalistična samoubojstva.

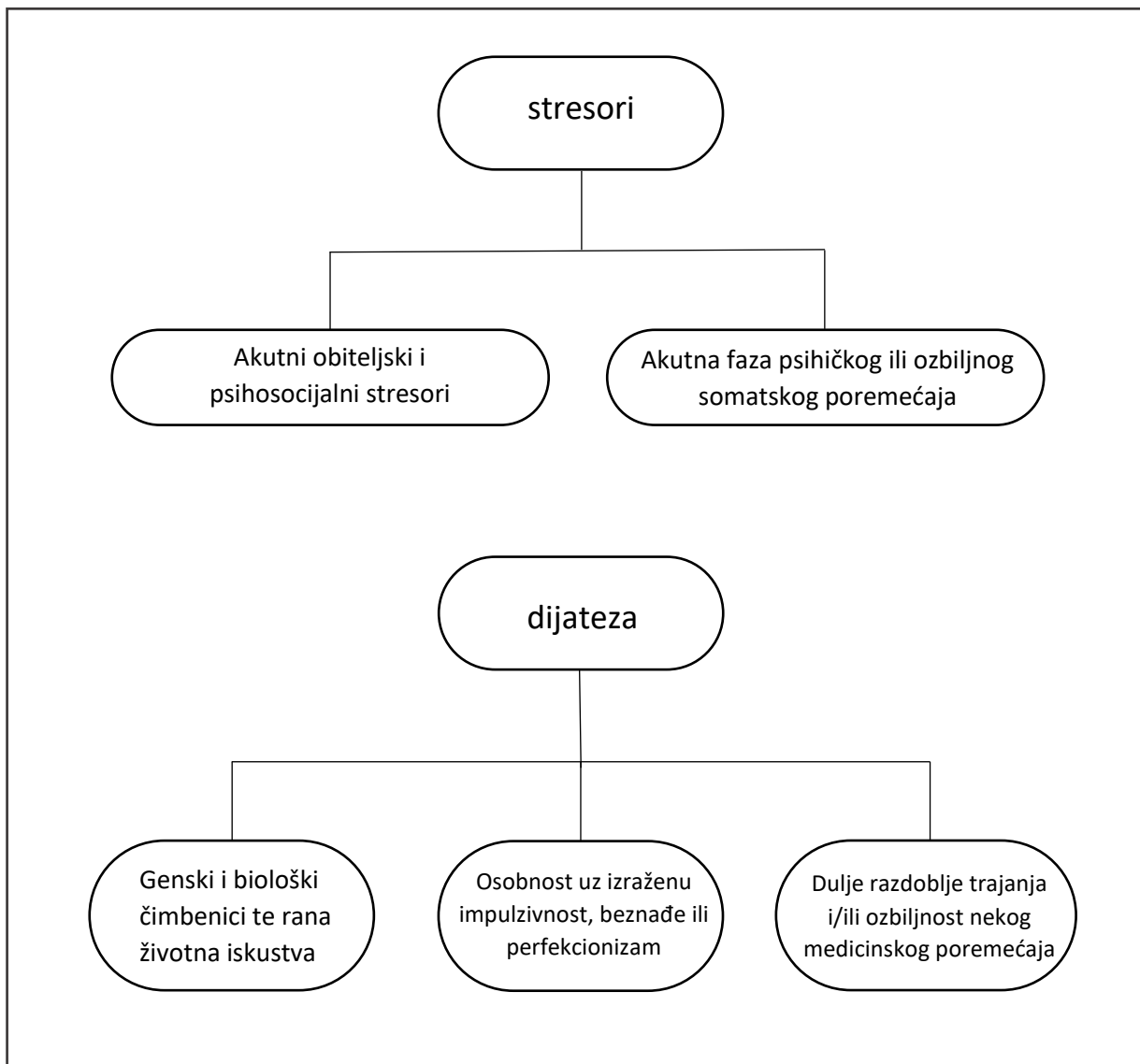
Egoistična samoubojstva nastaju kao rezultat gubitka interesa za društvo ili nedostatka adekvatne integracije u isto. Često su prisutna kod osoba s prethodno dijagnosticiranim psihičkim poremećajima.

Altruistična samoubojstva su ona u kojima žrtve imaju snažnu povezanost s društvenom skupinom te svoj život žrtvuju kao doprinos postizanju zajedničkih ciljeva. U određenim kulturama i religijskim zajednicama, takav čin smatra se plemenitim i hrabrim.

Anomična samoubojstva karakteristična su u razdobljima društvenih i ekonomskih promjena, kada dolazi do dezintegracije i naglih promjena u društvenom statusu pojedinca. To može rezultirati kriznim stanjem i autodestruktivnim ponašanjem, jer pojedinac ne uspijeva pronaći smisao ili uspostaviti stabilnost u novonastaloj situaciji.

Fatalistička samoubojstva se događaju kada pojedinac izvršava samoubojstvo zbog osjećaja bespomoćnosti i nemogućnosti upravljanja vlastitim životom (21).

Suvremeno razumijevanje suicidalnog ponašanja tumači se modelom stresne dijateze. Obzirom da je suicid kao čin uvjetovan višestrukim faktorima objašnjava se na način da pojedinac izložen stresorima koji su za njega dovoljno snažni (često osoba s predispozicijom/vulnerabilnošću) manifestira neki oblik suicidalnog ponašanja. Općenito gledano govorimo o biološkim i psihosocijalnim čimbenicima (stresorima) slika 1.



Slika 1. Model stresne dijateze suicidalnog ponašanja (2).



Primjeri psihosocijalnih stresora uključuju traumatska interpersonalna iskustva, disfunkcionalno okruženje tijekom djetinjstva i ograničene vještine suočavanja s problemima. Biološki se čimbenici odnose na nepoželjne događaje intrauterino poput infekcija, ozljeda pri porodu, trauma glave i drugi uzroci. Samo će se kod nekolicine osoba pronaći visoki stupanj vulnerabilnosti na navedene stresore; ponekad izraženo u obliku agresivnog ili impulzivnog ponašanja kao i nedostatka vještina za suočavanje s problemima (18).

### 3.3. Procjena rizika suicidalnosti

I dalje ne postoji konsenzus vezano uz terminologiju te klasifikaciju suicidalnog ponašanja. Obzirom na trenutno postojeću podjelu suicidalni-nesuicidalni sve se više radi na inicijativi koja će preciznije odrediti odnosno klasificirati suicidalno ponašanje. C-CASA sustav je podjele te određuje kako rizične tako i prediktivne čimbenike. C-CASA sastoji se od osam kategorija suicidalnosti te tri podvrste: suicidalni događaji, nesuicidalni događaji te nedeterminirani ili potencijalno suicidalni događaji.

<b>Suicidalni događaji</b>	izvršen suicid
	pokušaj samoubojstva uz izraženu želju za smrtni ishod
	aktivnosti koje su usmjerene pokušaju samoubojstva ili prekinut pokušaj istog
	suicidalne ideje
<b>Nesuicidalni događaji</b>	samoozljeđujuće ponašanje, bez suicidalne intencije
	ponašanja bez namjere samoozljeđivanja

<b>Nedeterminirani ili potencijalno suicidalni događaji</b>	ponašanje sa suicidalnim naznakama, nedovoljno podataka
	sumnja na suicidalno ponašanje, bez dovoljno informacija

Tablica 1. C-CASA – osam kategorija suicidalnog ponašanja

Psihički poremećaji ne uzrokuju sami po sebi suicid, ali više od 90% osoba koje izvrše suicid zadovoljava kriterije za dijagnozu nekog psihijatrijskog poremećaja prije samog čina. Najčešće se suicid počini vrlo brzo nakon otpuštanja iz zdravstvene ustanove. Najrizičniji psihijatrijski poremećaji koji koreliraju sa suicidom su BAP (bipolarni afektivni poremećaj), alkoholizam i depresija. Zatim slijede shizofrenija, poremećaj ličnosti i ovisnosti. U mlađoj dobnoj skupini, u kojoj je problem ovisnosti o supstancama sve veći u svijetu (uključujući države „zapadnog mentaliteta“), povećana je incidencija suicidalnog ponašanja. Zlouporaba i ovisnost o drogama često dovode do simptoma depresije i osjećaja beznadnosti. Višestruki psihosocijalni i biološki čimbenici doprinose razvoju depresije kod adolescenata. Psihosocijalni čimbenici obuhvaćaju zanemarivanje ili zlostavljanje u djetinjstvu, iskustvo gubitka voljene osobe, poteškoće u vezi, kognitivne obrasce, stanja beznađa i socioekonomske stresore. S druge strane, biološki čimbenici uključuju obiteljsku anamnezu depresije, hormonalne promjene koje se javljaju tijekom puberteta, kronična medicinska stanja poput dijabetesa i uporaba određenih lijekova. Neke droge direktno utječu na svijest i sposobnost prosuđivanja, zbog čega osoba koja ih koristi gubi kritičnost prema vlastitom ponašanju, a često dolazi do agresivnog ponašanja prema drugima ili prema sebi (2).

Razgovor o suicidu treba biti tretiran s ozbiljnošću i treba ga prepustiti stručnim osobama koje su obučene za pružanje pomoći u kriznim situacijama. Ako osoba izrazi ili pokazuje znakove suicidalnih misli ili namjera, ključno je odmah potražiti stručnu pomoć.

Postoje organizacije i institucije, poput telefonskih linija za pomoć ili psihijatrijskih ustanova, koje nude podršku i pomoć ljudima koji se bore s suicidalnim mislima. Osobe bliske pojedincu koji se bori s takvim mislima mogu također biti od velike pomoći tako što pružaju podršku, slušaju i potiču tu osobu da potraži stručnu pomoć. Važno je istaknuti da postoji nada i pomoć dostupna ljudima koji se suočavaju s suicidalnim mislima. Stručnjaci mogu pružiti podršku, terapiju i medicinske tretmane koji mogu pomoći u suočavanju s kriznim stanjem i poboljšati kvalitetu života. Razgovor o suicidu je izuzetno osjetljiva tema koja zahtijeva suptilan i pažljiv pristup. U mnogim zemljama postoje hitne telefonske linije za pomoć u kriznim situacijama, poput linije za prevenciju suicida, koje pružaju podršku i upute za daljnje korake. Procjenjivanje suicidalnog rizika je složen proces koji uključuje pažljivo promatranje i procjenu različitih faktora. Stručnjaci poput psihijatarata, psihologa, terapeuta i drugih zdravstvenih profesionalaca obučeni su u procjeni suicidalnog rizika i pružanju odgovarajuće pomoći.

Ključni čimbenici koje stručnjaci uzimaju u obzir pri procjenjivanju suicidalnog rizika su:

Izražavanje suicidalnih misli ili namjera; osoba može verbalno ili pisanim putem izraziti namjeru da se ozlijedi ili okonča vlastiti život. Ovo je vrlo važan znak koji se mora ozbiljno shvatiti.

Osjećaj beznadnosti i bespomoćnosti: dubok osjećaj beznadnosti i bespomoćnosti u visokom je stupnju korelacije sa suicidalnim rizikom (2).

Promjene u ponašanju i raspoloženju: Osoba može pokazivati promjene u ponašanju, kao što su povlačenje iz društva, nagla promjena raspoloženja, gubitak interesa za uobičajene aktivnosti ili naglo povećanje rizičnog ponašanja.

Povijest pokušaja suicida: ujedno predstavlja i najrizičniji čimbenik u procjenjivanju suicidalnosti.

Prisutnost mentalnih poremećaja: Depresije, anksioznosti, bipolarnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i drugih mentalnih poremećaja mogu biti povezani s povećanim suicidalnim rizikom.

Društvena izolacija: pojedinci koji su izolirani, nemaju podršku obitelji ili prijatelja, ili su suočeni s kroničnom usamljenošću, mogu biti u većem riziku.

Pristup sredstvima samoozljeđivanja: Ako osoba ima pristup oružju, lijekovima ili drugim sredstvima koja mogu izazvati ozljede ili smrt, to može povećati rizik (17).

Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSI) značajan je faktor pri procjeni adolescentske depresije i rizika od samoubojstva. NSSI uključuje namjerno nanošenje štete vlastitom tjelesnom tkivu bez namjere samoubojstva. Procijenjena prevalencija NSSI među adolescentima u uzorcima zajednice širom svijeta varira između 14% i 30%. Međutim, među depresivnim adolescentima učestalost NSSI je još veća, dostižući 40% ili više. Zaštitni čimbenici igraju ključnu ulogu u ublažavanju učinaka stresa na adolescentsku depresiju i suicidalnost. Različiti čimbenici, uključujući podršku zajednice, vršnjaka i obitelji, mogu djelovati kao zaštitni mehanizmi protiv izazova mentalnog zdravlja s kojima se suočavaju adolescenti. Snažan osjećaj zajedništva, gdje se pojedinci osjećaju povezani i podržani, povezan je s nižim razinama depresije i anksioznosti među adolescentima. Osim toga, snažni vršnjački odnosi ne služe samo kao zaštitni čimbenik protiv ovih problema s mentalnim zdravljem, već također doprinose razvoju otpornosti.

Procjena rizika od suicidalnosti složen je zadatak zbog višestrukih čimbenika. Međutim, i dalje se utvrđuju određeni uobičajeni čimbenici rizika kao što je obiteljska ili osobna povijest problema s mentalnim zdravljem. Uzimajući u obzir čimbenike rizika, ključno je redovito raditi probir među adolescentima. Kako bi se osigurali najbolji mogući ishodi, sigurnosni planovi i

metode liječenja trebali bi se provoditi timskim pristupom. Ovaj pristup uključuje suradnju profesionalaca iz različitih disciplina koji zajedno rade na pružanju sveobuhvatne podrške i skrbi adolescentima izloženim riziku od suicidalnosti (24).

### 3.4. Stigma mentalnih oboljenja i suicid

Oboljeli od mentalnih bolesti suočavaju se s dodatnim stresom zbog negativnih stavova i diskriminirajućeg ponašanja šire javnosti. Prethodni pokušaji smanjenja javne stigme imali su ograničen uspjeh, poboljšavajući razumijevanje mentalnog zdravlja među stanovništvom, ali ne mijenjajući društveno odbacivanje osoba s mentalnim poremećajima. Kao rezultat toga, osobe s mentalnim bolestima i dalje se susreću s negativnim stereotipima, predrasudama i diskriminacijom, što su ključni elementi stigme mentalnih bolesti. Oni ne samo da percipiraju te negativne stavove, već i doživljavaju diskriminaciju u svakodnevnom životu. Ti se aspekti, koji odražavaju stavove i ponašanja šire javnosti, nazivaju komponentama javne stigme (25). U jednoj studiji autori predlažu model u kojem komponente javne stigme utječu na to kako osobe s mentalnim bolestima percipiraju sebe (samo-stigmu) i predviđaju buduću diskriminaciju (očekivana diskriminacija). Samo-stigma nastaje kada pojedinci internaliziraju negativne stereotipe, što dovodi do niskog samopoštovanja i osjećaja beznada. Na temelju svojih osobnih iskustava i percepcije stigme, osobe s mentalnim bolestima mogu predvidjeti buduću diskriminaciju, što ih često dovodi do prikrivanja bolesti i izbjegavanja društvenih situacija iz straha od odbacivanja. Ovi pojedinačni aspekti stigme, samo-stigme i očekivane diskriminacije doprinose niskoj stopi traženja pomoći, lošim kliničkim ishodima, socijalnoj izolaciji, emocionalnoj nevolji i ograničenom pristupu stanovanju i zapošljavanju među osobama s mentalnim bolestima. U posljednje vrijeme sve se veća pozornost pridaje

proučavanju utjecaja stigme na suicidalnost (26,27). Percipirana stigma povezana je s povećanim suicidalnim idejama među pojedincima koji su označeni kao mentalno bolesni ili onima s poteškoćama u emocionalnoj jasnoći. Stigma stres, koji se javlja kada percipirana šteta povezana s stigmom premašuje osobne resurse suočavanja, također je povezan sa suicidalnim idejama, posredovanim socijalnom izolacijom. Longitudinalne studije pokazale su da samo-stigma ili povećanje stigme stresa mogu predvidjeti suicidalne ideje tijekom vremena. Putevi između javnih i pojedinačnih komponenti stigme i suicidalnih ideja ispitani su u prethodnim studijama, s tajnovitošću, beznađem i diskriminacijskim iskustvima koja posreduju u povezanosti između percipirane stigme i suicidalne ideje (28). Suočavanje s izazovima mentalnog zdravlja u mladoj dobi povezano je s nižim akademskim uspjehom, poremećajima u obitelji, zlouporabom psihoaktivnih tvari i angažmanom u nasilnom ponašanju. Mladi pojedinci koji se suočavaju s tim poteškoćama također imaju lošije fizičko i seksualno zdravlje u usporedbi sa svojim vršnjacima bez problema s mentalnim zdravljem, a imaju veće stope smrtnosti koje su posljedica samoubojstva i slučajnih ozljeda (29). Rješavanje javne i individualne stigme potencijalno bi moglo pridonijeti prevenciji samoubojstava. Međutim, većina prethodnih studija usredotočila se na komponente pojedinačne stigme, a potrebno je više istraživanja kako bi se razumjele uloge višestrukih komponenti stigme i informirali programi prevencije samoubojstava. Odnos između stigme i suicidalnosti posebno je važan među nezaposlenim osobama, jer stigma mentalnih bolesti doprinosi visokoj stopi nezaposlenosti među osobama s mentalnim bolestima, a stopa samoubojstava veća je među nezaposlenima (30).

## 4. Rasprava

Suicid predstavlja veliki filozofski, egzistencijalni, antropološki, metafizički, religiozni i psihijatrijski problem (31). Mentalno zdravlje adolescenata nepobitno je bilo narušeno pandemijom COVID-19 te su posljedice i dalje neizvjesne zbog brojnih promjena koje je donijela. Istraživanja su pokazala da postoji veza između pandemije i povećanog rizika od depresivnih simptoma među adolescentima (32). Dugoročni učinci pandemije na mentalno zdravlje adolescenata još se istražuju.

Vjerska pripadnost može pružiti zaštitu od pokušaja samoubojstva i samoubojstva, iako ne mora nužno spriječiti suicidalne ideacije. Slično tome, pohađanje vjerskih okupljanja može smanjiti rizik od pokušaja samoubojstva, ali nema isti učinak na suicidalne misli kada se uzme u obzir socijalna podrška. Religija može odvratiti pojedince od djelovanja na suicidalne misli pružajući im zajednicu koja im pruža podršku, oblikujući njihova uvjerenja o samoubojstvu, nudeći izvor nade i pružajući načine za tumačenje i suočavanje s patnjom. Međutim, odnos između religije i rizika samoubojstva je zamršen, jer različite vjerske pripadnosti nude različite razine zaštite. Iako vjerska pripadnost može povezati pojedince sa zajednicom, pridržavanje manjinske vjerske skupine može dovesti do osjećaja izolacije. U zemljama ili društvima u kojima se određene religije ili religija općenito protive, manje je vjerojatno da će vjerska uvjerenja i prakse osobe poslužiti kao zaštitni čimbenik protiv samoubojstva. Nadalje, ako religija ulijeva osjećaj krivnje, udaljenosti od Boga ili napuštanja od strane vjerske zajednice, može povećati rizik od samoubojstva (33).

Suicid je drugi vodeći uzrok smrti među adolescentima (34). Nesuicidalno samoozljeđivanje nije samo faktor rizika za pokušaje samoubojstva kod tinejdžera, već su nedavna istraživanja

pokazala vremensku vezu između tih ponašanja. NSSI povećava vjerojatnost budućih pokušaja samoubojstva, a suicidalne ideje često prethode prvoj pojavi NSSI-a. Iako namjera NSSI-a nije uzrokovati smrt, ovi podatci naglašavaju važnost ozbiljnog shvaćanja NSSI-ja i kontinuirane procjene i intervencije u samoubilačkom ponašanju (35).

Dostupne su intervencije utemeljene na dokazima i utemeljene na dokazima za upravljanje rizikom od samoubojstva kod adolescenata (36). To uključuje izradu pisanog plana sigurnosti, ograničavanje pristupa sredstvima samoozljeđivanja i povećanje praćenja od strane roditelja ili odrasle osobe od povjerenja. Međutim, hospitalizacija može biti potrebna pojedincima koji se ne mogu obvezati na pisani sigurnosni plan i imaju aktivne suicidalne ideje s namjerom i planom. Važno je napomenuti da se rizik od samoubojstva značajno povećava odmah nakon hospitalizacije. Stoga je ključno istražiti načine za poboljšanje učinkovitosti hospitalizacije i smanjenje povećanog rizika povezanog s njom.

Nekoliko je empirijski podržanih tretmana za smanjenje pokušaja samoubojstva i NSSI u adolescenata. Dijalektička bihevioralna terapija (DBT) prva je i jedina dobro uspostavljena terapija za samoozljeđivanje adolescenata s visokim rizikom za samoubojstvo, jer je pokazala značajne rezultate u više kontroliranih ispitivanja koja su provele neovisne istraživačke skupine (37). DBT je sveobuhvatan pristup liječenju koji zahtijeva značajno ulaganje vremena i truda. To uključuje intenzivnu obuku za terapeute i značajnu vremensku predanost obitelji uključenih u proces terapije.

Njemačka studija iz 2021. proučavala je vrijeme koje protekne od prvog nastupa suicidalnih misli/ NSSI misli do obraćanja stručnjaku odnosno traženja pomoći (kod adolescenata). Vrijeme za koje se zakasnilo pri traženju pomoći (HS-DE) predstavljalo je jednu od komponenti ovog istraživanja. Pacijenti koji su bili ispitanici u prosjeku su se javljali 1-2 godine nakon



nastupa prvih simptoma dok su oni sa psihotičnim simptomima zatražili pomoć unutar 6 mjeseci (38,39).

To je relativno dug period obzirom da se radi o osobama s umjereno teškim/teškim simptomima zbog kojih su pod povećanim rizikom od pokušaja suicida / NSSI. Unatoč tome što je većini ispitanika u studiji trebalo dugo vremena da se prvi put jave stručnjaku nakon nastupa simptoma (HS-DE) kod dijela pacijenata su simptomi nastupili nakon što su već bili zaprimljeni u zdravstveni sustav. Ovaj podatak govori o složenosti samog problema te naglašava važnost pristupu i destigmatizaciji psihički oboljelih osoba. Urgira se ubrzanje procesa traženja pomoći za osobe s mentalnim bolestima, posebice mlade pacijente. Povezanost između odgođenog kontakta liječenja i povećane težine simptoma naglašava potrebu za ranom intervencijom. Kako bi se poboljšala podrška mladim pacijentima u traženju stručne pomoći, ključno je bolje razumjeti prepreke i teškoće s kojima se susreću. Provođenje longitudinalnih istraživanja ključno je kako bi se u potpunosti shvatio složen odnos između mentalnih bolesti, trajanja traženja pomoći i čimbenika koji na nju utječu. Ova vrsta istraživanja može pružiti vrijedan uvid u napredovanje stanja mentalnog zdravlja tijekom vremena i identificirati čimbenike koji doprinose odgođenom liječenju. Identificiranjem i rješavanjem temeljnih uzroka dugotrajnog traženja pomoći postaje moguće spriječiti manifestaciju mentalnih bolesti u ranoj fazi i poboljšati ukupnu mentalnu dobrobit pojedinaca tijekom cijelog života. Zatim se mogu provesti prilagođene mjere potpore kako bi se odgovorilo na posebne potrebe mladih pacijenata i olakšao njihov pravodoban pristup stručnoj pomoći. Sve u svemu, naglašava se važnost rane intervencije, razumijevanja prepreka traženju pomoći i provođenja longitudinalnih istraživanja za poboljšanje ishoda mentalnog zdravlja mladih pacijenata. Obzirom da je većina tih pacijenata potražila pomoć u

djetinjstvu/adolescentnoj dobi, kasniji problemi mogu se sagledati kao progresija odnosno pogoršanje već prisutnog mentalnog oboljenja (39).

Mnoge od strategija prevencije suicida, kao što su osviještenost i psihosocijalni programi, ograničavanje pristupa smrtonosnim sredstvima te farmakološko i psihološko liječenje depresije, također bi trebalo uzeti u obzir pri zadovoljavanju potreba djece i mladih. Preporučuju se psihosocijalne intervencije prevencije samoubojstava, posebno one koje se provode u školama. Te bi se intervencije trebale usredotočiti na podizanje svijesti, pružanje obuke vještina i rješavanje temeljnih pitanja poput depresije, upotrebe supstanci, obiteljskih sukoba i viktimizacije vršnjaka. Takve intervencije pokazale su sposobnost utjecaja na širok raspon rizika i zaštitnih čimbenika. Važno je napomenuti da ove strategije omogućuju ranu intervenciju u samoubilački proces, povećavajući vjerojatnost uspješnih ishoda. Kako bi se osigurala dugoročna učinkovitost tih intervencija na razini stanovništva, ključno je izraditi plan održivosti kojim će se uzeti u obzir dostupni ljudski i financijski resursi. Osim toga, multimodalne intervencije u okruženju zajednice, uključujući obuku nadzornika pristupa, psihoedukaciju, probir i programe informiranja, pokazale su pozitivan utjecaj na stope samoubojstava i samoubilačkog ponašanja (40). Utvrđeno je da kratke intervencije za samoubilačku mladež, koje se provode u školskim i zdravstvenim ustanovama, poboljšavaju strategije suočavanja i vještine regulacije emocija. Kognitivno-bihevioralna terapija i dijalektička bihevioralna terapija (DBT), uključujući digitalne metode isporuke, također su pokazale učinkovitost kao psihoterapijske intervencije za suicidalne adolescente (41). Školske intervencije vjerojatno su učinkovite u sprječavanju suicidalnih ideja i kratkoročnih pokušaja samoubojstva među adolescentima. Međutim, njihov dugoročni utjecaj na pokušaje samoubojstva je neizvjestan (42). Učinkovitost intervencija u zajednici nakon „samoubilačke zaraze“ i lokalnih planova prevencije samoubojstava ostaje nepoznata. Slično tome, koristi i

potencijalne štete od probira mladih na rizik od samoubojstva nisu dobro utvrđene. Ograničeni dokazi upućuju na to da dijalektička bihevioralna terapija i terapija razvojne skupine imaju sličnu učinkovitost u smanjenju ponavljanja samoozljeđivanja u usporedbi s poboljšanim liječenjem kao i obično. Međutim, učinci većine intervencija usmjerenih na djecu i adolescente s poviješću samoozljeđivanja nisu poznati. Važno je napomenuti da su populacije koje se obično proučavaju u tim intervencijama adolescenti u dobnom rasponu od 12 do 18 godina. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se bolje razumjeli dugoročni učinci i potencijalni rizici povezani s tim intervencijama, kao i istražile intervencije za druge dobne skupine i specifične subpopulacije (42).

Postoji značajan nedostatak istraživanja o učincima preporučenih smjernica, kao što su pristupi procjeni rizika i lokalni planovi prevencije samoubojstva. Iako probir na rizik od samoubojstva kao primarnu mjeru prevencije može pružiti priliku za rano otkrivanje i odgovarajuće liječenje mladih ljudi u riziku, to je resursno intenzivan pothvat. Međutim, na temelju dostupnih istraživanja, učinci probira djece i mladih na simptome depresije, povijest samoozljeđivanja ili suicidalne ideje u općoj populaciji nisu poznati zbog vrlo niske pouzdanosti dokaza. Lokalni planovi prevencije samoubojstava preporučuju se u određenim zemljama, ali njihovu učinkovitost u sprječavanju samoozljeđivanja i samoubojstva među djecom i mladima tek treba procijeniti istraživanjem. Stoga je pri provedbi pristupa procjeni rizika, programa probira i lokalnih planova prevencije samoubojstava važno pomno procijeniti njihovu učinkovitost i utjecaj. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se bolje razumjeli ishodi i potencijalni rizici povezani s tim smjericama. To će pomoći u donošenju odluka i osigurati da se te strategije temelje na dokazima i da su učinkovite u podupiranju mentalne dobrobiti djece i mladih (43). Samoubilačka zaraza, iako rijedak, fenomen je koji dovodi do velike pomutnje u javnosti. Kada se suoče s potencijalnom društvenom „zarazom samoubojstava“, očekuje se da

će zajednice djelovati kako bi spriječile grupiranje. Međutim, na temelju nekoliko studija, pouzdanost dokaza za intervencije u zajednici nakon clustera samoubojstava vrlo je niska, kao i dokazi o učincima potpornih intervencija kod mladih ljudi ožalošćenih ili pogođenih samoubojstvom u njihovoj obitelji. Unatoč tome, dogovorene su neke preporuke, npr. pružanje informacija relevantnim udrugama u zajednici i pružanje potpore izravno pogođenim osobama ili drugim ranjivim pojedincima (44).

## 5. Zaključak

Samoubojstvo predstavlja višeslojni problem koji zahtijeva multimodalne strategije.

Cilj prevencije je smanjiti promjenjive čimbenike rizika, osnažiti i povećati utjecaj protektivnih čimbenika, ciljati na temeljnu psihijatrijsku bolest koja dovodi do pojavnosti suicidalne ideje te dublje istražili učinak društvenih medija i internetske aktivnosti na psihosocijalno zdravlje adolescenata i mladih općenito.

Osim samog prepoznavanja suicidalnog ponašanja bitno je prepoznati i pacijente sa NSSI tendencijama/simptomima jer oni nerijetko mogu dovesti do istog konačnog ishoda kod pacijenata. Pojavnost NSSI obrazaca ponašanja nosi povećan rizik od suicida tijekom života za do 20 puta (45).

Pojedinci sa prethodnim poznatim psihičkim oboljenjima pod dodatnim su rizikom od pokušaja suicida zbog fenomena suicidalne ideacije kao i stigmatizacije zbog svojih stanja od strane vršnjaka, obitelji i društva općenito.

Prepoznavanje suicidalnih namjera obično naglašava procjenu verbalnih misli o samoubojstvu međutim suicidalna ideacija ili mentalno zamišljanje sadržaja povezanog sa samoubojstvom mogu biti još snažnije povezane sa samoubilačkim ponašanjem.

Period adolescencije traje dulje nego prije, samim time produljen je period u kojem na mlade osobe djeluju sociokulturalni i psihički čimbenici. Upravo u ovom prijelaznom periodu prema odrasloj dobi na površinu izlaze mnoge teškoće i zahtjevi s kojima se nije lako nositi.

Samokritične osobe (adolescenti) sklone su izbjegavanju traženja pomoći od okoline što dodatno komplicira pojavnost odgođenih i zakašnjelih intervencija koje su mogle utjecati na prevenciju suicidalnih ideacija i ponašanja.

Početna skrb o pacijentima u samoubilačkoj krizi ili nakon pokušaja samoubojstva često se odvija u nepsihijatrijskim bolnicama / društvenim ustanovama.

Liječnici primarne zdravstvene zaštite moraju voditi računa da pacijent ne ponavlja samoozljeđivanja.

Pacijenta uvijek treba ispitivati o suicidalnosti nakon pokušaja samoubojstva ili ako se sumnja na suicidalnost.

Ovisno o lokalnim strukturama, treba zatražiti od odgovarajućeg stručnjaka da procijeni opasnost od samoubojstva i da preporuke za daljnje liječenje pacijenta. Savjetovanje je hitno ako se akutna suicidalnost ne može pouzdano isključiti.

Rizik od samoubojstva uvijek se procjenjuje osobnim razgovorom u kliničkom okruženju. Atmosfera otvorenosti i prihvaćanja presudna je za uspješan razgovor.

Zajedničkim naporima odgojno-obrazovnih ustanova (ranim prepoznavanjem rizičnih čimbenika), zdravstvenih djelatnika te naravno prvom linijom koju predstavlja zdravo okruženje za mlade ljude; podrška i razumijevanje od strane njihovih obitelji i prijatelja.

## 6. Sažetak

Samoubilačke tendencije predstavljaju značajan izazov među mladim pojedincima. Iako su obično povezani s temeljnim psihijatrijskim poremećajima, oni se također mogu pojaviti kao posljedica akutnih stresnih reakcija ili kriza tijekom adolescencije. Ključno je da oni koji su uključeni u obrazovanje, prevenciju i zdravstvenu skrb budu dobro informirani o ovom pitanju. Prevencija, prepoznavanje, procjena rizika i odgovarajuće liječenje suicidalnosti u svim njegovim manifestacijama ključni su za zaštitu života mladih usred samoubilačkih kriza i ideja. Nadalje, ti napori dugoročno utječu na ukupnu kvalitetu mentalnog zdravlja adolescenata. Kada kliničari rade s mladim pojedincima koji doživljavaju psihosocijalne krize, uvijek moraju imati na umu potencijalnu prisutnost suicidalnih misli i ponašanja. Malobrojni su stručnjaci koji se znaju adekvatno nositi s ovim problemom, a sve je češća pojavnost pacijenata sa suicidalnim tendencijama u ambulantama primarne zdravstvene zaštite. Utjecajem globalizacije te ubrzanog i nekontroliranog tehnološkog razvoja mladi su zaokupljeni trendovima, nerijetko krivim uzorima i smjernicama zbog kojih dobivaju nerealnu percepciju svijeta oko sebe te kako postati dio tog društva. Pojavnost suicidalnih ideacija, cluster samoubojstava, generalne anksioznosti, depresije i beznađa samo su neki od primjera negativnog učinka društvenih medija te popularizacije trendova poznatih i slavni osoba. Nedovoljno je provedenih studija na temu samoubojstava te nesuicidalnog samoozljeđivanja što dovodi u fokus nekompetentost zdravstvenih i obrazovnih ustanova u nošenju s istima. Psihoterapija, kognitivna bihevioralna terapija te dijalektička bihevioralna terapija pokazuju uspjehe kod liječenja i poboljšanja kvalitete života visokorizičnih adolescenata međutim problematično je to što trenutnim modelima i programima koji se provode u školama te primarnoj zdravstvenoj zaštiti vrijeme koje prođe od pojave prvih simptoma suicidalnog

ponašanja do obraćanja zdravstvenom djelatniku je nerijetko duže od godinu dana. Pravovremeno prepoznavanje samoubilačkih simptoma te pomoć koju mogu pružiti obitelj, okolina te odgovorne ustanove jedine su metode izbora za procjenu i liječenje suicidalnog ponašanja.

Ključne riječi: suicidalnost, prevencija, primarna zaštita



## 7.Summary

Suicidal tendencies pose a significant challenge among young individuals. While they are commonly associated with underlying psychiatric disorders, they can also emerge as a result of acute stress reactions or crises during adolescence. It is essential for those involved in education, prevention, and healthcare to be well-informed about this issue. The prevention, recognition, assessment of risk, and appropriate treatment of suicidality in all its manifestations are vital for safeguarding the lives of young people in the midst of suicidal crises and ideations. Furthermore, these efforts have a long-term impact on the overall mental health quality of adolescents. When clinicians are working with young individuals experiencing psychosocial crises, they must always bear in mind the potential presence of suicidal thoughts and behaviors. There are few experts who know how to adequately deal with this problem, and there is an increasing incidence of patients with suicidal tendencies in primary care clinics. With the influence of globalization and accelerated and uncontrolled technological development, young people are preoccupied with trends, often wrong role models and guidelines that make them gain an unrealistic perception of the world around them and how to become part of that society. The incidence of suicidal ideation, cluster suicides, general anxiety, depression and hopelessness are just some of the examples of the negative effect of social media and the popularization of trends by celebrities. There are insufficient studies on suicides and non suicidal self injury, which brings into focus the incompetence of health and educational institutions in dealing with them. Psychotherapy, cognitive behavioral therapy and dialectical bibehavioral therapy show success in treating and improving the quality of life in high-risk adolescents, but it is problematic that the current models and programs implemented in schools and primary health care are often delayed by more than a year when

it comes to early detection of suicidal behaviour. Timely recognition of suicidal symptoms and support provided by family, positive environment and responsible institutions are the only methods of choice for the assessment and treatment of suicidal behaviour.

Keywords: suicidal behaviour, prevention, primary protection

## 8.Literatura

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (pogledano 26. svibnja 2023.)
2. Darko Marčinko i suradnici. Suicidologija. Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
3. Knopf D, Park MJ, Mulye TP. The Mental Health of Adolescents: A National Profile, 2008., Dostupno na: <https://nahic.ucsf.edu/wp-content/uploads/2008/02/2008-Mental-Health-Brief.pdf>
4. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;18:377.
5. Reiter-Theil S, Wetterauer C, Frei IA. Taking One's Own Life in Hospital? Patients and Health Care Professionals Vis-à-Vis the Tension between Assisted Suicide and Suicide Prevention in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1272.
6. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):17-28.
7. Handley T et al. The Challenges of Predicting Suicidal Thoughts and Behaviours in a Sample of Rural Australians with Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2018.7;15(5):928
8. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002;1(3):181-5.
9. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-90851-x.pdf>. Mood and emotional reactivity of adolescents during the COVID-19 pandemic: short-term and long-term effects and the impact of social and socioeconomic stressors (pogledano 13.lipnja 2023.)
10. Mills KL et al. Developmental changes in the structure of the social brain in late childhood and adolescence. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 9 (2014), pp. 123-131.
11. G. Carlo, L Padilla-Walker. Adolescents' prosocial behaviour though a multidimensional and multicultural lens. *Child Develop Perspect*, 14 (2020), pp. 265-272.

12. Malhotra S, Chakrabarti S, Shah R. Telepsychiatry: Promise, potential, and challenges. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(1):3-11.
13. Roberts LW, Chan S, Torous J. New tests, new tools: Mobile and connected technologies in advancing psychiatric diagnosis. *NPJ Digit. Med*. 2018;1:1–4.
14. <https://datareportal.com/reports/digital-2022-global-overview-report> (pogledano 28.svibnja 2023.)
15. Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, Robinson J, Milner A. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17
16. Mokkenstorm J, Franx G, Gilissen R, Kerkhof A, Smit JH. Suicide Prevention Guideline Implementation in Specialist Mental Healthcare Institutions in The Netherlands. *Int J Environ Res Public Health*. 2018. 3;15(5):910.
17. Abed Faghri NM, Boisvert CM, Faghri S. Understanding the expanding role of primary care physicians (PCPs) to primary psychiatric care physicians (PPCPs): enhancing the assessment and treatment of psychiatric conditions. *Ment Health Fam Med*. 2010;7(1):17-25.
18. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):181-9.
19. [https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ljetopis\\_2009.pdf](https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ljetopis_2009.pdf) (pogledano 1.lipnja 2023.)
20. Jakovljević M. Procjena i liječenje suicidalnog pacijenta. U: krizna stanja. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1986.
21. <https://www.thoughtco.com/study-of-suicide-by-emile-durkheim-3026758> (pogledano 29.svibnja 2023.)
22. Barth A, Sögner L, Gnambs T, Kundi M, Reiner A, Winker R. Socioeconomic factors and suicide: an analysis of 18 industrialized countries for the years 1983 through 2007. *J Occup Environ Med*. 2011;53(3):313-7.
23. Benton TD, Muhrer E, Jones JD, Lewis J. Dysregulation and Suicide in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021;30(2):389-399.
24. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(4):595-600.

25. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529-39.
26. Oexle N, Ajdacic-Gross V, Kilian R, Müller M, Rodgers S, Xu Z, Rössler W, Rüsç N. Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(1):53-60.
27. Wang K, Weiss NH, Pachankis JE, Link BG. Emotional Clarity as a Buffer in the Association Between Perceived Mental Illness Stigma and Suicide Risk. *Stigma Health*. 2016;1(4):252-262.
28. Farrelly S, Jeffery D, Rüsç N, Williams P, Thornicroft G, Clement S. The link between mental health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychol Med*. 2015;45(10):2013-22.
29. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2016.30;243:469-94.
30. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(1):e51333.
31. Đ.Ljubičić i suradnici. Suicid i duhovnost. Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, 2010.
32. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712522000554?via%3Dihub> (pogledano 1.lipnja 2023.)
33. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*. 2016;20(1):1-21.
34. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*. 2016;(241):1-8.
35. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, et al.: Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(5):971-83.
36. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention> (pogledano 17.lipnja 2023.)
37. Chambless DL, Hollon SD: Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(1):7-18.

38. E. O'Callaghan et al. First episode psychosis and the trail to secondary care: help-seeking and health-system delays. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.*, 2010;45, pp. 381-391
39. Lustig S, Koenig J, Resch F, Kaess M. Help-seeking duration in adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *J Psychiatr Res.* 2021;140:60-67.
40. [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(18\)30041-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(18)30041-5/fulltext) (pogledano 2.lipnja 2023.)
41. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/appy.12452> (pogledano 3.lipnja 2023.)
42. Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews. *F1000Res.* 2019.20;8:890.
43. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013;158(10):741-54.
44. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/839621/PHE\\_Suicide\\_Cluster\\_Guide.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/839621/PHE_Suicide_Cluster_Guide.pdf) (pogledano 4.lipnja 2023.)
45. <https://apm.amegroups.com/article/view/79673/html> (pogledano 6.lipnja 2023.)

## 9. Životopis

Luka Mitar rođen je 22.04.1998. u Zagrebu. Pohađao je Osnovnu školu Kralja Tomislava od 2005. do 2013. te II. gimnaziju u Zagrebu od 2013. do 2017. Sa 19 godina upisao je 2017. studij medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci gdje boravi i studira sljedećih 6 godina.

