

Suicidalnost i prevencija suicidalnosti među djecom i mladima čiji roditelji imaju mentalnih poteškoća: analiza stanja u Hrvatskoj

Suicidality and suicide prevention among children and youth of parents with a mental disorder: The analysis of the situation in Croatia

Ivana Kober Vrbat

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež,
Dnevna bolnica, Zagreb, Hrvatska

Sažetak. Istraživanja pokazuju kako je suicid jedan od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj. Među djecom koja imaju suicidalne ideje i namjere, nije zanemariv broj djece čiji roditelji imaju mentalne poteškoće, stoga se ova analiza problema suicidalnosti usmjerava upravo na suicidalnost među djecom čiji roditelji imaju mentalnih poteškoća. U ovom radu detaljno je analizirana suicidalnost među djecom i mladima čiji roditelji imaju mentalni poremećaj, objašnjeni su osnovni pojmovi važni za razumijevanje i analizu problema. U ovom radu detaljno su navedeni i objašnjeni rizični i zaštitni čimbenici u objašnjenju razvoja suicidalnosti kod djece i mladih čiji roditelji imaju mentalne poteškoće. Rad objašnjava različite teorije etiologije suicidalnosti s posebnim naglaskom na prevenciju suicida među mladima u Republici Hrvatskoj, ističući nedostatak sustavne i kontinuirane prevencije na nacionalnoj razini. Problem suicida kod djece i mladih izražen je problem koji zahtijeva djelovanje institucija na nacionalnoj i lokalnoj razini.

Ključne riječi: adolescenti; djeca; roditelji; suicid; suicidalna razmišljanja

Abstract. The research shows that suicide is one of the leading causes of death from injuries in Croatia. Among children who have suicidal ideas and intentions, the number of children whose parents have mental disabilities is not negligible, so this analysis of the problem of suicide focuses on suicide among children whose parents have mental disabilities. In this paper, suicidality among children and youth whose parents have a mental disorder is analyzed in detail, the basic concepts important for understanding and analyzing the problem are explained. This paper details and explains the risk and protective factors in explaining the development of suicide in children and youth whose parents have mental difficulties. The paper explains various theories of the etiology of suicidality with emphasis on suicide prevention among youth in the Republic of Croatia, emphasizing the lack of systematic and continuous prevention at the national level. The problem of suicide in children and youth is a problem that requires the action of institutions at the national and local levels.

Key words: adolescent; child; parents; suicidal ideation; suicide

Dopisni autor:

Ivana Kober Vrbat, mag. psych.
Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež,
Dnevna bolnica
Kukuljevićeva 11, 10 000 Zagreb, Hrvatska
E-mail: ivana.vrbat@gmail.com

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

U svakodnevnom radu stručnjaci mentalnog zdravlja susreću se s djecom i mladima koji razmišljaju o suicidu ili su ga pokušali. Suicidalnost možemo definirati kao skup različitih ponašanja kojima osoba ugrožava svoj život s ciljem da učini samoubojstvo, a može se očitovati u rizičnim ponašanjima, razmišljanjima o suicidu, pokušajima suicida te konačnom izvršenju suicida¹. Prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 2019. godine, čak 800 000 osoba godišnje učini suicid, što znači da svakih 40 sekundi jedna osoba umre od suicida. Istraživanja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo govore kako je suicid jedan od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj. Također, podatci pokazuju kako za dob od 14 godina stopa suicida ne prelazi 1 na 100 000, dok stopa značajno raste u dobnoj skupini 15 do 19 godina te je u 2017. godini u toj dobnoj skupini iznosila 4,1 na 100 000². Podatci o pokušajima suicida među maloljetnicima u Republici Hrvatskoj su šturi i manjkavi te su dostupni na stranicama Ministarstva unutarnjih poslova. Prema Statističkom izvješću Ministarstva unutarnjih poslova iz 2018. godine³, među djecom u dobi do 14 godina ukupno je bilo 15 pokušaja suicida, od kojih je dovršeno 3, a u istoj godini u dobnoj skupini od 15 do 18 godina bilo je ukupno 54 pokušaja suicida, od kojih je dovršeno 7. Prema izvješću MUP-a iz 2019. godine⁴, u dobnoj skupini djece do 14 godina bilo je 11 pokušaja suicida, od kojih su 2 dovršena, a u istoj godini u dobnoj skupini od 15 do 18 godina bio je 31 pokušaj suicida, od kojih su dovršena 4. Nedostaju detaljniji podatci o drugim karakteristikama djece koja su pokušala suicid, poput spola, demografskih karakteristika ili psihijatrijskih poteškoća.

Kada govorimo o suicidalnosti, važno je razlikovati nekoliko osnovnih pojmova koje ćemo sada objasniti, a važni su za daljnje razumijevanje i analizu problema. O'Carroll i sur.⁵ predstavljaju podjelu suicidalnosti u 13 kategorija: (1) samoubojstvo što možemo opisati kao smrt za koju postoje dokazi da ju je osoba sama uzrokovala, (2) pokušaj samoubojstva koji se odnosi na autoagresivno ponašanje bez smrtnog ishoda, (3) prekinuti pokušaj suicida koji karakterizira autoagresivno ponašanje za koje postoje dokazi da je učinjeno s ciljem vlastite smr-

ti, ali je prekinuto prije smrtnog ishoda, (4) suicidalne ideacije ili promišljanja o suicidu koja se odnose na razmišljanja o samoubojstvu, a uključuju detaljno razrađene planove, kao i nejasne misli o suicidu, (5) suicidalnu namjeru koja se odnosi na očekivanje da autodestruktivno ponašanje rezultira vlastitom smrću, (6) smrtnost suicidalnog ponašanja koja opisuje koliko je smrtno i opasno ponašanje odabrano za počinjenje samoubojstva, (7) namjerno samoozljeđivanje kao svjesno nanošenje boli i ozljeda sebi bez namjere da dovede do

Važno je istaknuti kako se često pri procjeni mentalnog zdravlja djeteta u dijagnostičkom procesu zanemaruje pitati o zdravlju roditelja, jednako koliko se u procjeni mentalnog zdravlja odraslih osoba zanemaruje pitati o roditeljskom statusu i utjecaju mentalnih poteškoća na odgoj te odnos prema djetetu, o čemu govore i podatci istraživanja.

smrtnog ishoda, (8) prijetnja suicidom što uključuje svaku međusobnu interakcija koja se može protumačiti kao ukazivanje na suicidalna ponašanja, (9) plan samoubojstva kao smišljen slijed ponašanja koje može dovesti do smrtnog ishoda, (10) samoozljeđivanje, točnije vlastito ponašanje koje za cilj ima ozljedu, ali bez namjere smrtnog ishoda, (11) pokušaj samoubojstva, (12) samoubojstvo te (13) neodređeno ponašanje povezano sa suicidom.

Iskustvo u radu pokazuje kako među djecom koja imaju suicidalne ideje i namjere, nije zanemariv broj djece čiji roditelji imaju mentalne poteškoće, stoga će se ova analiza problema suicidalnosti usmjeriti upravo na suicidalnost među djecom čiji roditelji imaju mentalnih poteškoća. Stručnjaci mentalnog zdravlja u svom svakodnevnom dijagnostičkom i terapijskom radu dolaze u susret s djecom koja su u riziku od razvoja suicidalnosti, a čiji roditelji također pokazuju simptome mentalnih poteškoća. O navedenom problemu nedostaje literature na hrvatskom jeziku, stoga će se ovaj rad usmjeriti upravo na suicidalnost među djecom i mladima čiji roditelji imaju mentalni poremećaj te prikazati dosadašnje preventivne intervencije usmjerene na smanjenje suicidalnosti među djecom i mladima.

RIZIČNI ČIMBENICI

Rizične i zaštitne čimbenike u objašnjenju suicidalnosti kod djece i mladih čiji roditelji imaju mentalne poteškoće možemo podijeliti na psihosocijalne, obiteljske te osobne čimbenike. U literaturi se nalaze različite podjele rizičnih i zaštitnih čimbenika u objašnjenju suicidalnosti, no te podjele se većinom odnose na suicidalnost u odrasloj dobi, stoga ćemo u ovoj analizi objasniti navedene skupine rizičnih i zaštitnih čimbenika za djecu i mlade.

Psihosocijalni čimbenici odnose se na socioekonomski status obitelji u kojoj dijete odrasta, socijalnu podršku, školovanje djeteta, djetetovu povezanost sa školskim sustavom.

Istraživanja pokazuju kako postoji povezanost socioekonomskog statusa i stope suicida, s tim da osobe s nižim socioekonomskim statusom imaju veći broj pokušaja suicida¹. Čimbenici povezani s povećanim rizikom suicidalnosti kod djece jesu i nezaposlenost roditelja te niska razina prihoda⁶. Školska sredina važan je dio života djece i mladih, u školi i među školskim prijateljima provode značajan dio svog dana. Djeca koja su žrtve međuvršnjačkog nasilja u povećanom su riziku od razvijanja suicidalnih namjera i ponašanja⁷, a povećan rizik odnosi se i na djecu koja su žrtve *cyberbullyinga*⁸. Istraživanja pokazuju kako su djeca koja na bilo koji način sudjeluju u međuvršnjačkom nasilju u povećanom riziku od suicidalnosti⁹, no za djecu žrtve međuvršnjačkog nasilja taj je rizik izraženiji⁸. Percipirana povezanost djeteta sa školskim okruženjem zaštitni je čimbenik za suicidalne misli i ponašanja, kao i za ostala rizična ponašanja kod djece¹⁰.

Obiteljski čimbenici uključuju mentalne poteškoće roditelja, povijest suicida i pokušaja suicida u obitelji, povijest zlostavljanja i zanemarivanja u obitelji, privrženost, roditeljski odgoj i nadzor. Istraživanja pokazuju kako djeca i mladi koji odrastaju u obiteljima s izraženim socioekonomskim poteškoćama, imaju povećan rizik od suicidalnosti¹¹. Rizik za suicidalne ideje i pokušaje suicida veći je i u obiteljima gdje je slaba privrženost roditelja s djetetom, gdje su roditelji razvedeni¹¹ te u obiteljima s niskom razinom roditeljskog nadzora¹².

Longitudinalne studije pokazuju kako djeca koja su doživjela zlostavljanje u djetinjstvu, imaju veću

šansu razviti suicidalne namjere od djece koja nisu bila zlostavljana u djetinjstvu¹³, a u odnosu na druge oblike zlostavljanja, u najvećem su riziku djeca žrtve seksualnog zlostavljanja^{13, 14}. Također, djeca koja su bila seksualno zlostavljana pokazuju više suicidalnih ponašanja od djece koja nisu prijavljivala takva zlostavljanja, a suicidalni rizik bio je najveći među djecom žrtvama seksualnog nasilja koje je uključivalo snošaj¹⁵.

Kada govorimo o obiteljima u kojima je zabilježena povijest mentalnih poteškoća, istraživanja pokazuju kako je za suicid mladih najsnažniji rizični čimbenik pokušaj suicida braće i sestara te pokušaj suicida majke i oca¹⁶. Istraživanja pokazuju kako značajan broj djece ima roditelje koji imaju poteškoće mentalnog zdravlja, primjerice epidemiološka istraživanja pokazuju kako čak 21 – 23 % djece ima barem jednog roditelja koji ima mentalne poteškoće¹⁷. Ovi podatci iznimno su važni jer istraživanja sustavno pokazuju kako su mentalni poremećaji roditelja rizičan faktor za mentalno zdravlje djece^{18, 19}. Istraživanja pokazuju kako je rizik za suicidalna razmišljanja kod djeteta blago povećan ako majka trenutno razmišlja o suicidu, a djeca majki koje su pokušale suicid u većem su riziku od djece čije su majke razmišljale o suicidu, no nisu ga pokušale²⁰. Dob prvog pokušaja suicida niža je kod djece čije su majke pokušale suicid nego kod djece majki bez suicidalnih namjera^{15, 20}. Drugi važni rizični čimbenici jesu obiteljska povijest poremećaja ličnosti i ovisnosti, shizofrenija majke, neafektivne psihoze, organski poremećaji i roditeljski neurotski, somatoformni poremećaji te suicid oca ili majke¹⁶. Čimbenici povezani s povećanim rizikom suicida kod djece jesu suicid ili rana smrt roditelja, hospitalizacija zbog mentalnog poremećaja, razvod roditelja, mentalni poremećaji braće i sestara, kao i mentalni poremećaj i kratak period školovanja same djece⁶.

OSOBNI ČIMBENICI

Marčinko²¹ navodi kako je muški spol rizičan čimbenik za suicid, posebice u adolescenciji i mlađoj dobi, što potvrđuju i istraživanja na američkoj populaciji²². Istraživanja pokazuju i kako rizik za suicid naglo raste u adolescenciji²². Rezultati istraživanja pokazuju kako su u mlađoj dobi češće suicidalne ideacije i pokušaji suicida nego kasnije u životu²³.

Također, djeca i mladi homoseksualne i biseksualne orijentacije mogu biti u povećanom riziku za razvoj suicidalnih ponašanja²⁴, a posebno je poražavajući podatak koji govori kako je gotovo polovica homoseksualnih mladića svoj prvi pokušaj suicida imala prije svoje 25. godine²⁵.

Istraživanja pokazuju kako je najsnažniji rizični čimbenik za suicid među mladima mentalni poremećaj⁶, posebice afektivni poremećaji, ovisnosti i antisocijalna ponašanja^{26, 27} te raniji pokušaji suicida²⁶. Druga istraživanja ističu povećan rizik suicidalnosti kod djece koja pate od depresije, anksioznih poremećaja, zloupotrebljavaju droge te pokazuju poremećaje u ponašanju^{28, 29}. Navedena istraživanja ukazuju na važnost usmjerenosti intervencija na djecu i mlade koji imaju mentalnih poteškoća u prevenciji suicida i suicidalnih ponašanja²⁷. Intenzitet suicidalne namjere pozitivno je povezan s povijesti depresivnosti, anksioznih poremećaja te trenutnim stresom povezanim s mentalnim poremećajem³⁰. Longitudinalna studija u koju su bila uključena djeca u dobi od 9 do 16 godina i njihovi roditelji, pokazala je kako je rizik za suicid veći u trenutnoj depresivnoj epizodi u komorbiditetu s anksioznošću, posebice s generaliziranim anksioznim poremećajem ili depresiji u komorbiditetu s poremećajima ponašanja³¹. Također, jedno istraživanje pokazalo je kako ADHD u komorbiditetu s drugim poremećajima može povećati relativnu smrtnost pokušaja suicida³². Među djevojkama, djevojke koje imaju narušen obrazac hranjenja te narušen odnos prema hrani u povećanom su riziku za razvoj suicidalnih ponašanja³³.

Rizik za suicidalna ponašanja povećan je i kod djece i mladih kojima je dijagnosticiran poremećaj ličnosti³⁴. Važno je naglasiti kako se u novijoj praksi često kod djece i mladih, mlađih od 18 godina, izbjegava govoriti o poremećajima ličnosti i davati dijagnoze poremećaja ličnosti, što moguće ograničava istraživanja povezanosti poremećaja ličnosti i suicidalnosti kod djece i mladih, a što može biti objašnjenje nedostatka novijih istraživanja koja povezuju poremećaj ličnosti i suicidalnosti kod djece. Kada govorimo o osobinama ličnosti, u najvećem riziku za razvoj suicidalnosti jesu djeca i mladi koji su u adolescenciji pokazivali visoke razine neuroticizma i traženja uzbude-

nja¹¹, a rizičan čimbenik predstavlja i uključivanje u rizična ponašanja poput pušenja, fizičkih tučnjava, intoksikacije alkoholom te seksualne aktivnosti¹².

ZAŠTITNI ČIMBENICI

Važno je naglasiti kako mnoga djeca roditelja koji boluju od mentalnih poremećaja mogu izrasti u zdrave pojedince³⁵. Djeca koja su živjela s roditeljima s mentalnim poremećajima kazala su kako ih je njihova obiteljska situacija učinila snažnijima te im je pomogla razviti osjećaje empatije, osjetljivosti i neovisnosti^{35, 36}. Zaštitni čimbenici za zdrav razvoj djeteta uključuju stabilno obiteljsko okruženje, uredne kognitivne sposobnosti, razvijene socijalne vještine, stabilnu osobnost djeteta, pozitivno samopoštovanje, dobre strategije suočavanja, čvrstu povezanost sa zdravom odraslom osobom, pozitivne vršnjačke odnose, interes za školu i školski uspjeh, uključenost u slobodne aktivnosti i interesi izvan obitelji, saznanje da roditelj ima mentalni poremećaj i da to nije krivnja djeteta, dostupnu stručnu pomoć, tretman i podršku za roditelje i dijete^{37, 38}.

ETIOLOGIJA SUICIDALNOSTI

Razvoj i nastanak suicidalnosti može se objasniti različitim teorijama među kojima su najpoznatije biološka teorija, kognitivna teorija te u novije vrijeme dijeteza-stres model i biopsihosocijalni model. Biološka objašnjenja usmjeravaju se na genetsku podlogu suicidalnosti. Studije na blizancima pokazuju kako postoji genetska pozadina suicidalnosti u obitelji, a koja je neovisna o komorbiditetu s drugim poremećajima^{39, 40}. Osim na genetske čimbenike, biološka objašnjenja usmjeravaju se i na biokemijska odstupanja¹, prvenstveno u noradrenalinom, dopaminskom i GABA (gama-aminobuterna kiselina) sustavu hormona, kao i u poremećaju osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda⁴¹. Navedena istraživanja pokazuju kako ne možemo zanemariti biološku perspektivu u objašnjenju suicidalnosti kod djece roditelja s mentalnim poremećajima, no biološka perspektiva, s druge strane, ne daje potpuno objašnjenje, već objašnjava tek dio pojave suicidalnosti.

Kognitivne teorije suicidalnost objašnjavaju kao bijeg od negativne slike o sebi, a osoba samou-

bojstvom rješava neugodnu svjesnost o svojim manama¹. Beck, Brown i Steer⁴² ističu kako kod depresivnih osoba njihova negativna trijada rezultira, između ostalog, i pokušajem suicida, a bespomoćnost i beznađe predstavljaju značajan prediktor suicida.

U novije vrijeme sve prihvaćeniji model objašnjenja nastajanja i razvoja suicidalnosti jest dijateza-stres model. Dijateza-stres model objašnjava kako kod osobe postoji predispozicija za razvijanje suicidalnosti koja se razvija kada je osoba izložena stresnim događajima⁴³.

Suvremena istraživanja etiologije suicidalnosti najvećim se dijelom oslanjaju na biopsihosocijalni model⁴⁴ u objašnjavanju nastanka i razvoja suicidalnosti, naglašavajući povezanost bioloških, psiholoških i socijalnih (okolinskih) čimbenika suicidalnosti. Biopsihosocijalni model u objašnjavanju suicidalnosti kod djece i mladih u obzir uzima biološku podlogu suicidalnosti, psihološke čimbenike osobe poput crta ličnosti i mentalnih poteškoća te socijalne čimbenike poput socijalne podrške naglašavajući njihov međuodnos. Kako naglašava Engels⁴⁴, za razumijevanje razvoja bolesti kod pojedinca potrebno je uzeti u obzir pojedinca, društveni kontekst u kojem pojedinac živi te njemu komplementarni sustav koji je određen društvom, a određuje posljedice bolesti. Biopsihosocijalni model ne naglašava samo medicinske kategorije bolesti nego i osobni doživljaj i osobnu patnju pojedinca.

DIJAGNOSTIKA SUICIDALNOSTI U HRVATSKOJ: IZAZOVI I NEDOSTATCI

Na razini Republike Hrvatske ne postoji sustavna i kontinuirana razmjena informacija među stručnjacima koji skrbe o mentalnom zdravlju djeteta i stručnjaka koji skrbe o mentalnom zdravlju odraslih osoba.

Također, važno je istaknuti kako se često pri procjeni mentalnog zdravlja djeteta u dijagnostičkom procesu zanemaruje pitati o zdravlju roditelja, jednako koliko se u procjeni mentalnog zdravlja odraslih osoba zanemaruje pitati o roditeljskom statusu i utjecaju mentalnih poteškoća na odgoj te odnos prema djetetu, o čemu govore i podatci istraživanja. Stručnjaci za mentalno zdravlje odraslih u svom se radu najčešće ograničavaju samo

na pacijenta, pri čemu se često zanemaruje njihova roditeljska uloga i usmjerenost na cijelu obitelj^{45, 46}. Pitanja vezana uz roditeljstvo prepuštaju se stručnjacima u sustavu socijalne skrbi ili službama za mentalno zdravlje djece⁴⁷. Izostanak usmjerenosti na djecu može biti posljedica pružanja skrbi u kriznim situacijama, umjesto rada na prevenciji psihosocijalnih problema svih članova obitelji⁴⁸. Neki se roditelji boje razgovarati o svojoj djeci sa stručnjacima kod kojih su u tretmanu iz straha da će se procjenjivati njihove roditeljske sposobnosti i da će im djeca biti oduzeta⁴⁸. Drugi roditelji opet negiraju svoj mentalni poremećaj i/ili utjecaj poremećaja na djecu ili naprosto nisu svjesni negativnog utjecaja⁴⁸. Ne treba zanemariti ni nevoljkost roditelja da u tretman uključe i djecu i druge članove svoje obitelji. Provedena istraživanja pokazuju kako roditelji znaju biti previše okupirani svojim potrebama te se stoga ne mogu u pojedinim fazama svoje bolesti usmjeriti na dijete⁴⁸. Alakus⁴⁹ naglašava da i kada stručnjaci za mentalno zdravlje odraslih imaju saznanja o djeci svojih pacijenta, oni se ne bave specifičnim potrebama djece te iako pružaju informaciju o mentalnom poremećaju svojih pacijenata, često ne daju mišljenje o tome kako dijagnosticirani mentalni poremećaj utječe na roditeljstvo njihovih pacijenata. Stručnjaci smatraju kako područje roditeljstva pripada sustavu za zaštitu mentalnog zdravlja djece, a ne odraslih⁴⁹.

PREVENCIJA SUICIDA MEĐU MLADIMA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Trenutno stanje prevencije suicidalnosti među mladima je poražavajuće. Pregledom literature ustanovljeno je da je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi od 2011. do 2013. godine provodilo Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih⁵⁰ kojim je predloženo usklađivanje i dodatno poticanje razvoja roditeljskih i komunikacijskih vještina, kao i praćenje rane interakcije roditelja i djeteta, s naglaskom na dostupnosti svih metoda zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih u lokalnoj zajednici. Ovim programom stavljen je naglasak na roditeljske vještine, kao i na interakciju roditelja i djeteta, no programom nije specifično obuhvaćeno područje prevencije suicida kod djece i mladih čiji roditelji imaju men-

talnih poteškoća, a koji su zbog te karakteristike u povećanom riziku od suicida i s njime povezanih mentalnih poteškoća. Ostaje nejasan plan provedbe prevencije suicida, koje su aktivnosti planirane, a koje provedene te nedostaje izvješće o evaluaciji provedenih mjera. Također, u izvješću o provedbi Nacionalne strategije prevencije poremećaja u ponašanju kod djece i mladih od 2009. do 2012. godine za 2010. godinu možemo vidjeti kako je program prevencije suicida tijekom 2010. godine provodilo sasvim drugo ministarstvo, a sveo se na nekoliko predavanja za stručne suradnike pedagoge i psihologe te odgajatelje, a planirana je i izrada kratke brošure o mogućnostima prevencije suicidalnog ponašanja kod mladih⁵¹. Za navedeni program prevencije suicidalnog ponašanja kod djece i mladih nije moguće pronaći podatke o evaluaciji niti je ona programom detaljno isplanirana, stoga ne možemo zaključivati o kvaliteti provedenog programa niti o njegovom učinku na stvarno smanjenje suicidalnog ponašanja kod djece i mladih. Važno je naglasiti kako se u terminima prevencijske znanosti opisana strategija i program ne mogu niti smatrati prevencijom suicidalnosti kod mladih. Na nacionalnoj razini ne mogu se naći podatci o trenutnim programima prevencije suicida kod djece i mladih, iz čega možemo zaključiti kako je posljednji pokušaj nacionalnog plana prevencije suicida među djecom i mladima završio 2013. godine. Možemo zaključiti kako na nacionalnoj razini nedostaje političke volje za provedbom prevencije suicida među djecom i mladima, što se i dalje smatra marginalnim problemom. Svjetski dan prevencije samoubojstava obilježava se 10. rujna od 2003. godine te iako je svrha obilježavanja Svjetskog dana prevencije samoubojstava širenje znanja o suicidu, a između ostalog i poticanje na spoznaju da se suicid može zaustaviti, vidimo kako se u Republici Hrvatskoj prevencija suicida svodi na izdvojene manifestacije poput obilježavanja pojedinog dana te na edukaciju i podizanje svijesti o suicidu bez jasne, strukturirane i kontinuirane provedbe evaluiranih i znanstveno utemeljenih programa koji imaju za cilj smanjenje stope suicida.

Na lokalnoj razini, može se naći podatak o predstavljanju projekta "Depresija i suicid – rano pre-

poznavanje simptoma i rizičnog ponašanja kod školske djece" na području Grada Zagreba koji za cilj ima smanjiti broj suicida i pokušaja suicida školske djece⁵², no nedostaje podatak koje aktivnosti sadržava predstavljeni projekt, kada je planirana njegova realizacija, koji su njegovi drugi ciljevi, tko je provoditelj program te u kojim školama i na kojoj populaciji će se provesti program, a očekivano nedostaju i podatci o evaluaciji predstavljenog projekta. Podatci o prevenciji suicida u drugim gradovima u Hrvatskoj oskudni su te se većinom svode na povremena predavanja, okrugle stolove i javne kampanje čiji je cilj podizanje svijesti o suicidu među mladim osobama. Nedostatak podataka o prevenciji suicida na lokalnoj razini pokazuje nam kako ne postoji nacionalni plan i sustavna strategija prevencije suicida među mladima, nego prevencija ovisi o povremenim samostalnim inicijativama pojedinaca, civilnih udruga i stručnih udruženja.

Tijekom 2018. godine Centar za poremećaje hranjenja BEA provodio je projekt „Prevencija autoagresivnog ponašanja kod djece i mladih oboljelih od poremećaja hranjenja“ koji je za cilj imao smanjenje broja djece i adolescenata s dijagnozom poremećaja hranjenja koji se samoozljeđuju i pokušavaju suicid te povećanje vještina stručnjaka pomagačkih zanimanja za rad s oboljelima od poremećaja hranjenja i prevenciju autoagresivnih ponašanja oboljelih. Projekt se zasnivao na provođenju stručnih predavanja, supervizija za stručnjake te objavu *online* brošure o prepoznavanju, prevenciji i terapijskom radu s osobama u riziku od autoagresivnog ponašanja. Nedostaju podatci o smanjenju broja djece i adolescenata s dijagnozom poremećaja hranjenja koji se samoozljeđuju i pokušavaju suicid, a nedostaju i podatci o povećanju vještina stručnjaka za rad i prevenciju autoagresivnih ponašanja, iz čega možemo zaključiti kako ovom projektu nedostaje evaluacija provedenih aktivnosti i ispunjenih ciljeva, stoga ne možemo zaključivati niti o njegovoj adekvatnosti u prevenciji suicidalnih ponašanja.

Čak i uz postojanje malog broja programa, projekata i aktivnosti koje imaju za cilj prevenciju suicidalnog ponašanja, redovito takvim aktivnostima nedostaje evaluacija ostvarenih ciljeva. Možemo vidjeti da su ciljevi preopćenito postavljeni, a čak

iz provedenih aktivnosti nije jasno kako bi se njima ostvarili zamišljeni ciljevi. Prevencija suicida među djecom i mladima, uključujući djecu i mlade roditelja s mentalnim poteškoćama, zadaća je institucija i organizacija na više razina. Na nacionalnoj razini prevencijom ovog problema trebalo bi se baviti Ministarstvo zdravstva kroz rad nastavnih zavoda za javno zdravstvo te Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u pojedinim županijama uz financiranje iz državnog proračuna. Na razini lokalne samouprave, provedbu programa

Od 2013. godine do danas na nacionalnoj razini ne postoji sveobuhvatan i evaluiran program prevencije suicida kod djece i mladih. Jasno je kako nedostaje sustavan i kontinuiran program prevencije suicida kod djece i mladih, prisutni su tek sporadični pokušaji prevencije.

prevencije trebali bi financirati uredi za zdravstvo pojedinih gradova, a koje bi provodile nevladine udruge na području lokalne samouprave. Važno je da postoji sustavna i kontinuirana preventivna strategija koja se nakon završetka evaluira, a prije implementacije intervencije ona se planira i temelji na znanstveno utemeljenim činjenicama. Naglasimo kako trenutno ne postoji nacionalna strategija borbe protiv suicidalnosti među djecom i mladima, a programe prevencije većinom su provodile pojedine nevladine udruge.

Također, vidimo kako u navedenim projektima i aktivnostima nije obuhvaćena populacija djece čiji roditelji imaju mentalnih poteškoća i koji su time rizična skupina za počinjenje suicida i suicidalnih ponašanja. Problematičnim smatram nepostojanje sustavnog praćenja i podrške osobama koje imaju mentalne poteškoće, a ujedno su roditelji, kao i to što se u dijagnostici i tretmanu odraslih osoba posebna pažnja ne posvećuje odnosu s djetetom i posljedicama koje roditeljski poremećaj ima na dijete.

ZAKLJUČAK

Stručnjaci mentalnog zdravlja u svom svakodnevnom dijagnostičkom i terapijskom radu dolaze u susret s djecom koja su u riziku od razvoja suicidalnosti, a čiji roditelji također pokazuju simptome

mentalnih poteškoća. U objašnjenju suicidalnosti kod djece i mladih možemo se usmjeriti na rizične i zaštitne čimbenike koje možemo podijeliti na psihosocijalne, obiteljske te osobne čimbenike. Tijekom povijesti razvoj i nastanak suicidalnosti objašnjen je različitim teorijama među kojima su najpoznatije biološka teorija, kognitivna teorija te u novije vrijeme dijeteza-stres model i biopsihosocijalni model koji uzima u obzir biološku podlogu suicidalnosti, psihološke čimbenike osobe te socijalne čimbenike naglašavajući njihov međudodnos. Iz navedenoga proizlazi kako problem suicida kod djece i mladih zahtijeva djelovanje institucija na nacionalnoj i lokalnoj razini. Na nacionalnoj razini, zadnji pokušaj prevencije suicida kod djece i mladih oslanjao se na program koji se provodio od 2011. do 2013. Od tada do danas na nacionalnoj razini ne postoji program prevencije suicida kod djece i mladih. Jasno je kako nedostaje sustavan i kontinuiran program prevencije suicida kod djece i mladih, prisutni su tek sporadični pokušaji prevencije kojima nedostaje evaluacija te stoga ne možemo zaključivati o učinkovitosti provedenih intervencija. Budući programi prevencije trebaju se posebno usmjeriti na djecu i mlade u riziku, a to su djeca koja imaju mentalne poteškoće te djeca koja su već ranije pokušala suicid, ali ne treba zanemariti ni djecu i mlade koji su se u svojim obiteljima susretali sa suicidalnim namjerama i ponašanjem, posebice braće i sestara te roditelja, s obzirom na to da istraživanja ističu upravo rizičnost tog čimbenika za razvoj suicidalnosti kod djece i mladih.

Izjava o sukobu interesa: Autorica izjavljuje kako ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

1. Begić D. *Psihopatologija, drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2014;552.
2. Hzzj.hr [Internet]. Zagreb: Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2017., Inc. c2001-21 [cited 2021 Dec 30]. Available from: <https://www.hzzj.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj/>.
3. Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2018. godini [Internet]. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske. c2021 [cited 2021 Mar 11]. Available from: https://mup.gov.hr/UserDocsImages/statistika/2019/Pregled%20sigurnosnih%20pokazatelja%20u%202018%20godini/Statisticki%20pregled%202018_web.pdf.

4. Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada u 2019. godini [Internet]. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske. c2021 [cited 2021 Mar 11]. Available from: https://mup.gov.hr/UserDocImages/statistika/Statisticki_pregled_2019_WEB.pdf.
5. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanneley BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:237-52.
6. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 2002;325:74.
7. Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *Eur Psychiatry* 2011;26:498-503.
8. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res* 2010;14:206-21.
9. Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health* 2008;20:133-54.
10. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama* 1997;278:823-832.
11. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30:23-39.
12. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:837-46.
13. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1490-6.
14. Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 1997;21:617-30.
15. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1365-74.
16. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study: A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:28-36.
17. Maybery D, Reupert A, Patrick K, Goodyear M, Crase L. Prevalence of parental mental illness in Australian families. *BJPsych Bulletin* 2009;33:22-26.
18. Plass-Christl A, Haller AC, Otto C, Barkmann C, Wiegand-Grefe S, Hölling H et al. Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PLoS One* 2017;12:1-14.
19. McLaughlin KA, Gademann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2012;200:290-9.
20. Lieb R, Bronisch T, Höfler M, Schreier A, Wittchen H-U. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry* 2005;162:1665-71.
21. Marčinko D. Suicidologija. Prvo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;275.
22. **Psychiatryonline.org** [Internet]. **Washington: Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors, Inc.** c2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf.
23. Mościcki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:499-517.
24. Liu RT, Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Am J Prev Med* 2012;42:221-8.
25. Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T et al. Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *Am J Public Health* 2002;92:1338-45.
26. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:339-48.
27. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:420-36.
28. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:521-9.
29. Pilowsky DJ, Wu LT, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *Am J Psychiatry* 1999;156:1545-9.
30. Koutek J, Kocourkova J, Hladikova M, Hrdlicka M. Suicidal behavior in children and adolescents: does a history of trauma predict less severe suicidal attempts?. *Neuro Endocrinol Lett* 2009;30:99-106.
31. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study: The great smoky mountains study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1017-24.
32. Nasser EH, Overholser JC. Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:423-31.
33. Thompson KM, Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE. The neglected link between eating disturbances and aggressive behavior in girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1277-84.
34. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ* 1993;306:1641-4.
35. Sherman M. Reaching out to children of parents with mental illness. *Social Work Today* 2007;7:26.
36. Duncan S, Reder P. Children's experience of major psychiatric disorder in their parent: An overview. *In: Reder P, McClure M, Jolley A (eds). Family Matters.* London: Routledge, 2000;83-95.
37. Manning C, Gregoire A. Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry* 2006;5:10-12.
38. Matthejat F, Remschmidt H. The children of mentally ill parents. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105:413-418.

39. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:29-32.
40. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 1998;28:839-55.
41. Ernst C, Mechawar N, Turecki G. Suicide neurobiology. *Prog Neurobiol* 2009;89:315-33.
42. Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:309-10.
43. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181-9.
44. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
45. Bournsnel M. The silent parent: Developing knowledge about the experiences of parents with mental illness. *Child Care Pract* 2007;13:251-60.
46. Aldridge J. The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Rev* 2006;15:79-88.
47. Nicholson J, Biebel K, Williams VF, Katz-Leavy J. Prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policy, programs, and providers. *In: Manderscheid RW, Henderson MJ (eds). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002;120-137.*
48. Maybery D, Reupert A. Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:784-91.
49. Alakus C. Children of adult consumers of mental health services: Towards principles of practice. *Aust Soc Work* 2000;53:45-53.
50. Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih, za razdoblje od 2011. do 2013. godine [Internet]. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. c2021 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/Programi%20i%20projekti%20-%20ostali%20programi/prevencija%20samoubojstava%20kod%20djece%20i%20mladih.pdf>.
51. Izvješće o provedbi nacionalne strategije prevencije poremećaja u ponašanju kod djece i mladih od 2009. do 2012. godine [Internet]. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske. c2021 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://vlada.gov.hr/UserDocImages/2016/Sjednice/Arhiva/147-%209.pdf>.
52. Les Demeter E. Prevencija suicida kod školske djece i mladeži. *Medix* 2008;14:27.