

Слађана М. Драгишић Лабаш¹
Универзитет у Београду, Филозофски факултет
Одељење за социологију
Београд (Србија)

УДК 616.89-008.441.44:616.89-052
Прегледни научни рад
Примљен 15/10/2019
Прихваћен 01/11/2019
doi: [10.5937/socpreg53-23590](https://doi.org/10.5937/socpreg53-23590)

СУИЦИДНО ПОНАШАЊЕ КОРИСНИКА ПСИХИЈАТРИЈСКИХ УСЛУГА: ТЕОРИЈЕ И ИСТРАЖИВАЊА²

Сажетак: У раду се бавимо разматрањем општих (у општој популацији) и специфичних фактора ризика за суицидно понашање вулнерабилних и маргинализованих људи, корисника психијатријских услуга, а користећи изабране социолошке, психолошке и психијатријске теорије. Настојимо да објаснимо неопходност у коришћењу мултидимензионалног приступа овом феномену и интеграцији знања из три научне области. Допуњавање индивидуалног друштвеним је једини начин да се појава сагледа дубље, а програми превенције прошире. Клиничка популација је угроженија од неклиничке, деловањем свих фактора ризика који долазе из породице и друштва. Стигма и дискриминација, уз препознате друштвене факторе ризичне за суицид у општој популацији (економска криза, транзиција, економска неједнакост, миграција, рат, незапосленост...), додатно погоршавају здравље и социјални положај оболелих. Тако негативни ставови према особама с психичким проблемима, а посебно они о *ојасносћии*, *ајресивносћии* и *нейредвидивосћии*, у различитим земљама и културама, доводе до сличних последица и знатно отежавају интеграцију оболелих у друштво, смањују могућности за њихово функционисање и квалитетније живљење, док самоубиство може бити *деј из ове ситиуације*.

Кључне речи: корисници психијатријских услуга, теорије о суицидном понашању, општи и специфични фактори ризика, стигма и дискриминација

Увод

Новија истраживања повезаности суицидног понашања с психичким поремећајима указују да су оболели у већем ризику у односу на осталу популацију. Зато се код особа које имају психичке проблеме препоручује процена суицидног ризика, као и процена о постојању неког менталног поремећаја код особа које имају суицидне мисли. Преваленца самоубиства је одређена системским, културним и личним факторима, али код оболелих од различитих психичких поремећаја (посебно психоза) додатни фактори ризика за суицид су стигма и дискриминација.

¹ sladjadl@yahoo.com

² Рад је резултат рада на пројекту „Изазови нове друштвене интеграције у Србији – концепти и актери” (ев. број 179035) који финансира Министарство просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије.

Оболели од депресије су у 12 до 20 пута већем ризику за суицид у односу на друге без менталног поремећаја, док је тзв. велика депресија заступљена код једне трећине особа које су извршиле суицид. Депресија је значајнији фактор за суицид међу старијом популацијом, а поремећај расположења (уколико није третиран) међу младима (Goldney, 2008, р. 27). Нађена је значајна веза између депресије и озбиљних покушаја суицида с извршеним суицидом, као и повезаност између депресије и већег броја покушаја суицида (суицидном каријером) (Holmes, Holmes, 2006, р. 62). Суициду су склоније старије особе оболеле од депресије, које живе саме, које су разведене или су удовци/це и које су имале претходне покушаје суицида (Gelder, Mayou, Geddes, 2009, р. 171).

Процена ризика за суицид код оболелих од схизофреније креће се од 5% до 10%. Ризик је чешћи у популацији старијих оболелих у односу на младе, али су оболели млади у односу на младе без обољења – у већем ризику.³ Снажна је повезаност с депресивним симптомима, историјом покушаја суицида, злоупотребом ПАС и страхом од менталне дезинтеграције. Ризик је знатно већи у фази погоршања болести и уколико су присутни психотични симптоми (Nordentoft, 2012, р. 180; Драгишић Лабаш, 2019а). Према налазима истраживања (Schwartz, Cohen, 2001, р. 314; Драгишић Лабаш, 2019а), у високом ризику за суицид су млади, оболели од схизофреније, који имају депресивне симптоме и који су се у скорије време суочили с великим стресом. Наводи се, такође, да су у ризику млади, у раном стадијуму болести, који имају увид, тј. схватају психички поремећај као фактор који ће негативно утицати на њихове планове и жеље (Gelder, Mayou, Geddes, 2009, р. 127).

Међу особама оболелим од биполарног афективног поремећаја више од 50%, бар једном у току живота покуша самоубиство, док једна петина то и уради. Више студија указује на већи ризик од самоубиства код особа с биполарним афективним поремећајем (БАП) него код оних с униполарном депресијом. Мушкарци с биполарним поремећајем (I и II) имају озбиљније и смртоносније покушаје суицида у односу на жене, док особе оболеле од биполарног поремећаја II користе насилније и смртоносније методе у односу на оболеле од БАП I (Balázs, Rihmer, 2012, р.166–168).

Особе с поремећајем личности (најчешће с граничним поремећајем личности) спадају у високоризичну групу за суицидно понашање. Према подацима, око 50% покуша суицид, а 25% изврши самоубиство. Честа су самоповређивања без суицидних намера, као и покушаји суицида (Claes et al. 2012, р. 280).

Зависници од алкохола су међу суицидантама заступљени од 20% до 40%, мада је конзумација алкохола генерално, често присутна међу особама које су покушале или извршиле суицид. Повезаност између употребе алкохола и суицида је 6 пута

³ Према ранијим истраживањима (Kaplan et al. 1992), адолесценти и млади одрасли, оболели од схизофреније ређе покушавају суицид у односу на оболеле од других психоза и особа без дијагнозе, али чешће извршавају суицид. Покушаји суицида су чешћи код жена у све три групе и оболелих од схизофреније вишег образовања. Чешће извршавају суицид млади мушкарци оболели од схизофреније, који конзумирају ПАС, мањих социјалних компетенција и који нису у браку. Схизофренија је највише стигматизована ментална болест, те је стога СЗО 1996. године покренула међународну кампању против стигме, а путем мобилизације породица, подршке у заједници и од стране институција за ментално здравље у 19 земаља (Sartorius, Schulze, 2005).

већа међу мушкарцима и чак 20 пута већа међу женама у односу на популацију која не конзумира алкохол (Innamorati et al. 2012, p. 40–41). Под ризичним факторима за суицид зависника од алкохола сматрају се: скорашње тешко опијање, прича о суициду или претња суицидом, озбиљни здравствени проблеми, уколико живе сами, слаба социјална подршка⁴ (Salloum et al. 2000). У високо ризичној групи за суицид су старији мушкарци, дугогодишњи зависници, с актуелним депресивним поремећајем и историјом самоповређивања, као и зависници од алкохола који имају различите проблеме проузроковане конзумацијом (телесне, брачне, професионалне, са законом) (Gelder, Mayou, Geddes, 2009, p. 171).

Негативни ставови (стигматизовање) и дискриминација корисника психијатријских услуга

Социјална дистанца према корисницима психијатријских услуга, у мањем или већем обиму, препозната је у свим земљама, без обзира на економске и културне различитости.⁵ Последице стигме и дискриминације најчешће су незапосленост, социјална изолованост, институционализација, бескућништво, као и суицидно понашање. Нажалост, не осећајући се одговорним за овакав исход, „здрави” чланови друштва настављају да *одржавају* негативне ставове, како према оболелима, тако и према особама које су извршиле суицид и њиховим породицама.⁶ Породице оболелих трпе стигму и у време када живе са особом оболелом од неког психичког поремећаја и када оболела особа изврши суицид. Негативни социјални ставови према породицама суициданата ометају процес туговања чланова породице, смањују социјалну мрежу, самопоштовање и квалитет живота.

⁴ Познато је да особе са психичким проблемима често имају мање развијене социјалне мреже, доживљавају дистанцу и одбацивање, што може бити значајан фактор суицидног понашања. На пример, у нашем друштву, мушкарци алкохоличари, могу да доживе снажније одбацивање када започну лечење, него у периоду пијења. Пијење је нормализовано и подстицано, док лечење значи и етикетирање и дистанцу. Према нашем истраживању, 61% испитаника (зависника од алкохола у процесу лечења) доживело је највеће неразумевање, дистанцу, као и потпуни прекид контакта са другима када су почели да се лече од алкохолизма. Разлози за прекид социјалних контаката су лечење у психијатријској болници и лечење од алкохолизма, али најчешће и једно и друго (Dragišić Labaš, 2012).

⁵ Психички поремећај у социјално-филозофском разматрању представља метафору људске немоћи, несавршености и пролазности, као и негацију врхунских вредности човека: здравља, лепоте, доброте и мудрости. Зато оболела особа изазива „готово архетипски страх од лудила” (Oralić, 2008, str. 147).

⁶ Подаци о стигматизацији породица суициданта постоје од давнина. Стигма и дискриминација су се испољавале на различите начине, а раније коришћени, били су ускраћивање сахране и конфискација имовине. Данас се сматра да у просеку 18 људи пати због самоубиства члана породице или друге блиске особе. С обзиром да у свету 800.000 људи годишње изврши суицид, то значи да овакав догађај негативно утиче на 14,4 милиона особа. Истраживања указују да чланови породица осећају срамоту, кривицу, прикривају суицид, социјално су изоловани, снижено им је физичко и ментално функционисање, у ризику су за настанак депресије и могу имати суицидне мисли (Goldney, 2008, p. 82; Hanschmidt et al. 2016, p. 1–4 prema Dragišić Labaš, 2019).

Стигма се може дефинисати као негативан став према особама које имају психичке тегобе, а дискриминација као неправедно третирање оболелих као друштвено непожељних. Стигма представља друштвени конструкт који се састоји од 4 повезане компоненте: означавање разлика (између људи), етикетирање (условљено културним веровањима и негативним стереотипима) смештање етикетираних у *групу* категорију (која их одваја од „здравих“), доживљавање одбацивања и дискриминације (етикетираних). Дискриминација је подељена на антиципирану и стварно доживљену. Испољава се кроз три форме: 1. индивидуалну (социјална дистанца изазавана сажаљењем, страхом, љутњом...); 2. структуралну (дискриминација оболелих на правном, политичком и друштвеном нивоу); 3. самостигматизацију (повлачење оболелих ради избегавања даље дискриминације) (Angermeyer, 2004; Opalić, 2008, str. 55 према Dragišić Labaš, 2019b).

Друштвене факторе, ризичне за суицидно понашање у општој популацији и међу особама које имају психичке проблеме, појачавају негативни социјални ставови и дискриминација оболелих. То потврђују налази истраживања о социјално стигматизујућим ставовима у земљама ЕУ (Mojtai, 2010), а посебно оних о *ојасности* и *нејпредвидивости*, који су снажно повезани с индивидуалним стигматизујућим ставовима, тако да и једни и други утичу на не/спремност оболелих да потраже професионалну помоћ.⁷

Социјална дистанца је нађена у испитивању ставова, према особама оболелим од депресије и шизофреније у Немачкој. С годинама старости социјална дистанца се повећава, али она је присутна и код испитаника рођених после 1970. године, у време када су се промовисали толерантнији ставови према корисницима психијатријских услуга (Schomerus et al. 2015 према Dragišić Labaš, 2019b). У Пољској су присутни негативни ставови према оболелима, а посебно при запошљавању. Доживљени су као особе које „нису у стању да сарађују, независно обављају посао и задрже посао” (Kaszyński, Cechnicki, 2011, p. 45 према Dragišić Labaš, 2019b). Социјална дистанца према корисницима психијатријских услуга нађена је у Шпанији (González-Sanguino et al. 2019), и то више у популацији старијих, него млађих и код оних испитаника који међу члановима породице немају особе које пате од психичких тегоба.

У Холандији, а посебно у Шведској је нађена мања социјална дистанца према оболелима у односу на све друге европске земље. Ипак, у Холандији, уколико став садржи *непоузданост*, *агресивност* и *склоност ка стварању проблема и криминалном понашању*, социјална дистанца расте, а посебно уколико се једино оболели сматра одговорним за настанак болести. У Шведској је (иако нижа од других земаља), социјална дистанца различита и зависи од дијагнозе оболелог. Нешто је већа уколико

⁷ Истраживања о коришћењу психијатријских (психотерапијских) услуга особа које имају психичке проблеме, а живе у руралним областима, нижег су образовања и социјалног статуса, са слабијом едукацијом о менталном здрављу, забрањавајућа су, а ова група корисника је у најнеповољнијој ситуацији. Одлагање тражења стручне помоћи доводи до појачавања симптома, а јављање у најтежим фазама болести често захтева хоспитализацију. Стигма према оболелима у руралним областима је снажнија у односу на урбане, а такође је и интернализација стигме снажнија. Конзервативне вредности и недостатак приватности у малим заједницама отежавају тражење стручне помоћи и додатно појачавају стигму (Crumb et al. 2019, p. 143–144).

је у питању схизофренија у односу на депресију (Cechnicki, 2011, p. 45; van t Veer et al. 2006; Högberg et al. 2012 према Dragišić Labaš, 2019b).

На снажне стигматизујуће социјалне ставове о оболелима у Србији указује студија Поповића и сарадника (Porović et al, 1988) која је истраживала ставове према оболелима од психоза, алкохолизма и наркоманије.⁸

Налази нашег истраживања (Dragišić Labaš, 2019b) о стигматизујућим терминима и *слици* какву особе с психичким проблемима остављају на друге, тј. „здраве”, а према мишљењу корисника психијатријских услуга, указују да су негативни социјални ставови доминантни⁹, а термини који се користе за оболеле у јавном дискурсу су углавном стигматизујући.¹⁰ Испитаници се често плаше „здравих”, јер је значајан број њих доживео вербалну и физичку агресију, док наше и стране студије износе податке о страху „здравих” од оболелих и истицању „агресивности” и „опасности” као важним карактеристикама корисника психијатријских услуга.

Значајан број истраживања указује да су антиципирана и интернализована стигма¹¹ повезане са (не)тражењем стручне помоћи (Corrigan 2004; Livingston; Boyd, 2010; Ritsher, Phelan, 2004; Yanos et al. 2008; Barney et al. 2010; Blais, Renshaw, 2013; Clement et al. 2015; Lannin et al. 2016; Hajda et al. 2015 према Fox et al. 2018, p. 16).

Процењује се да више од половине особа које имају психичке проблеме у САД не користе психијатријске услуге. Најчешћи разлози за овакво стање су стигма, која је условила осећање стида и поставила препреке за тражење стручне помоћи, као и личне предрасуде о лечењу психичких поремећаја. Зато је 2013. године у Калифорнији покренута највећа до сада антистигма кампања у САД¹² (Collins et al. 2019, p. 228).

⁸ Оболели од психоза описани су као: *агресивни, љовучени, нервозни са њсихомојорним љоремећајима, грујачијим сјољним изјледом, љојшишјени и неурачунљиви*. Зависници од алкохола као: *агресивни, склони љресјуйничком и криминалном љонашању, са бројним моралним недосјјацама*. Зависници од дрога као: *неурачунљиви, љовучени, изоловани, некорисни за друшјиво, агресивни и склони криминалном љонашању*.

⁹ Негативни ставови условљени су виђењем оболелих као *нефункционалних* – „виде нас као неспособне за рад и за живот”, потом као *особе друјачијеј расјоложења и изјледа* – „досадне”, „незанимљиве”, „превише тужне”, „оне који се не заустављају у причању”, „одсутне”, „необичне”, „смешне”, „сасвим другачије”, и на крају као *ојасне* – „оне од којих је боље склањати се”, „оне за које се не зна шта ће у ком тренутку да ураде”.

¹⁰ Наши испитаници/це сматрају да се у јавном дискурсу најчешће користе следећи термини за особе са психичким тегобама: *лудак, душевни болесник, ментално љоремећен, љсихошјичар, нервни болесник, алкос, алкохоличар, наркоманчина и наркоман, гројераш*.

¹¹ Антиципирана стигма представља очекивања оболелих да буду изложени предрасудима, стереотипима или дискриминацији у будућности, док је интернализована стигма или самостигматизација условљена прихватањем негативних уверења о себи. Интернализација стигме негативно утиче на самопоштовање, личну ефикасност и наду, а такође смањује моћ појединца, социјалне контакте и квалитет живота (Fox et al. 2018, p. 16).

¹² Кампања је део пројекта о побољшању менталног здравља становника Калифорније, и то путем превенције и раних интервенција. Циљ је да се смањи стигма на свим нивоима (институционалном, социјалном и личном), и да што већи број оболелих потражи стручну помоћ која може бити директан резултат кампање – едукација оболелих или индиректан – промене институционалне и социјалне климе. Коришћене су следеће методе – едукација о психичким поремећајима за различите популационе групације, упознавање особа које

Доживљена и антиципирана (предвиђена) дискриминација у Србији приликом конкурисања и задржавања посла оболелих од шизофреније (Milačić Vidojević et. al, 2010) значајна је. Тако је 62% испитаника доживело дискриминацију везану за посао (28% приликом конкурисања на посао и 34% приликом задржавања посла), док је антиципирана дискриминација (54%) утицала на нетражење посла или непријављивање на постојеће конкурсе, а условљена страхом од могуће дискриминације. Истраживање карактеристика транзиције у одрасло доба младих особа с психичким проблемима указује да су оболели високо зависни од својих родитеља, како финансијски и стамбено, тако и емоционално. Сви испитаници живе с родитељима, већина није у радном односу и нема партнера (Ljubičić, Košutić, 2019)¹³.

Подаци добијени истраживањима у различитим земљама потврђују да су особе које имају психичке проблеме изложене негативним ставовима, социјалној дистанци и различитим видовима дискриминације, па је антиципирана стигма и очекивана, а интернализована веома честа. Уколико се ментално обољење повезује са генетиком и личном одговорношћу за болест, а искључује утицај друштвених фактора, ставови су оштрији и негативнији. Превентивни програми би, а судећи према налазима и евалуацијама, пре требало да буду *ујрађени* у обазовни систем, него да се спроводе као повремене антистигма кампање.

Разлози за покушаје и извршене суициде у општој популацији, као и међу оболелима, могу се наћи у *сољним* и *унујрашњим* чиниоцима. Стога је за разматрање ове појаве неопходан мултидисциплинарни оквир. У тексту који следи биће кратко описане основне карактеристике неколико изабраних социолошких, психолошких и психијатријских теорија.

Социолошке теорије и самоубиство

Социолошко разматрање самоубиства, тј. истраживање односа између човека, друштва и суицида, почиње са Диркемовом социогенетском теоријом (1897), пре које су се социјално-патолошки феномени искључиво објашњавали органогенетским теоријама (Oralić, 2008, str. 105). Самоубиство је, према Диркему, феномен који настаје под утицајем и притиском друштва.¹⁴ Дакле, самоубиство је друштвени чин (није су имале или имају психичке проблеме (разговором са оболелима директно или гледањем видеа) приказивање документарних филмова на ТВ, позитивно приказивање оболелих у медијима... (Collins et al. 2019: 229).

¹³ Велики број испитаника (65%) емоционално је зависан од родитеља и они су им „једина тачка ослонаца“. Клијенти су усамљени и социјално изоловани. Старији испитаници имају нижу аутономију и нижи степен независности у односу на родитељски ауторитет. Материјално и стамбено зависни, свакако и стигматизовани и одбачени од заједнице, налазе се у тешкој позицији из које је транзиција у одраслост скоро неостварива, а ауторке наглашавају да је „оправдано очекивати да ће и у будућности остати *запљављени* између: календарски већ одрасли, а у сваком другом смислу зависни” (Ljubičić, Košutić, 2019: 21).

¹⁴ Различите стопе самоубиства условљене су односом интеграције (степен јединства) и регулације (степен нормираности). Степен друштвене интеграције јесте степен повезаности појединца и групе на начин да појединац буде изложен (под утицајем) моралним захтевима групе. Стопе самоубиства варирају у обрнутој сразмери са снагом (јачином) групне интеграције, посебно код чланова група, као што су породица, верске и политичке институције. Стога је важно да друштво постигне такав ниво интеграције у коме ће његови

грех, нити друштвени преступ) и дело саме жртве, свесне својих поступака и намера. Диркем указује и на несвесне мотиве самоубиства и истиче вандруштвене узроке, као што су органско-физичке склоности и природа физичке средине (Durkheim, 1997, str. 33–35). Самоубиство може да се „изврши у стању лудила, и оно је чест синдром лудила, као што се врши и у стању здравља”.¹⁵ Ипак, узрок суицида није само стање болести, већ је неопходно да се у проучавање узрока укључе други значајни фактори. Поред прихватања менталних поремећаја као фактора ризика за суицид, аутор износи веома важну и данас актуелну тврдњу да не постоји ниједно „психопатско стање које са самоубиством одржава правилну и неоспорну везу” (Durkheim, 1997, str. 34).

У Мертоновој теорији о друштвеној структури и аномiji, фактори суицида могу бити тешкоће у остварењу културних циљева. У ствари, до напетости долази због тога што културни циљеви нису компатибилни са друштвеним средствима за њихово остварење. Један од начина адаптације на аномичну ситуацију је *сипраиџеија њовлачења* уз осећање безнађа или ретретизам. Међутим, повлачење може да буде и *њовлачење од друштва и животиња* (Lester, 2014, p. 249–252) или „одбацивање друштва и самог себе” (Špadijer Džinić 1966, str. 18).

Гинсберг указује на значај економских фактора за самоубиство (Innamorati et al. 2012, p. 31), а Бренер (1973. према Cockerham, 2003) истраживањем потврђује да економске кризе доводе до много већег стреса него било која друга промена. Неспособност особе да испуњава своју социјалну улогу, према аутору, често произлази из економске кризе, а стрес изазван овим фактором узрокује појаву менталне болести. Хенри и Шорт, такође наводе да у периоду економске кризе стопе самоубиства расту, а у периоду развоја опадају, али да су на економске промене *осејљивији* припадници виших него припадници нижих класа (Lester, 2014, p. 260; Radulović, 1990, str. 29).

Тардова теорија имитације била је значајна за проучавање криминалитета и самоубиства у ранијим периодима, али социолози и други стручњаци, и данас сматрају имитацију једним од важних фактора за суицид. Имитација је, за Тарда, углавном несвесна и снажна активност којом се могу објаснити сви друштвени феномени. Имитација самоубиства примећена је још пре 200 година, те је Гетеов роман *Јаги младој Верџера* био забрањен у неким западноевропским земљама, да би обимнија истраживања ове повезаности почела да се реализују тек од пре 40 година (Goldney, 2008, p. 38). Примери имитације самоубиства познатих особа могу се наћи у литератури.

У оквиру теорије о социјалним проблемима¹⁶ суицид, насиље, сиромаштво, алкохолизам, трговина људима, сматрају се једним од многобројних социјалних проблема

чланови поседовати колективну свест, коју чине заједничка веровања и осећања, а која су начин (пут) остварења заједничких циљева.

¹⁵ Самоубиства „душевних болесника се од осталих разликују исто тако као што се заблуде и халуцинације разликују од нормалних опажаја и као што се аутоматски пориви разликују од промишљених чинова“. Између лудила и савршене умне равнотеже Диркем наводи низ прелазних стања које назива неурастенијама. Прихвата поделу самоубиства, коју су дали Жусе и Моро де Тур, на: *манијачка, меланхолична, оисесивна (ијескодна) и имџулсивна (ауџомаџска)* (Durkheim, 1997, str. 65–68).

¹⁶ Социјални проблеми се дефинишу као социјална стања која наносе штету већем броју људи и која постоје у објективној реалности и субјективној перцепцији.

који наносе штету појединцу и друштву широм света. Према савременој теорији конфликта, социјални проблеми се стварају због различитих врста друштвених конфликта. Најчешћи су класни, расни, етнички и родни. Тако капитализам ствара притисак и доводи људе у стање сиромаштва, а такво стање утиче на развој криминалног и девијантног понашања. Економска маргинализација доводи до фрустрације, недостатка самопоуздања, осећања немоћи и отуђења. Пошто фрустрација различито утиче на људе, неки се окрећу насиљу и нападају симболе ауторитета, док други усмеравају агресију ка себи, покушавају и извршавају суициде. Међутим, капиталистички притисак није карактеристичан само у нижим класама него и у вишим, јер омогућава константну акумулацију профита, стварајући моћне монополе и олигополе у економији. Овакве економске карактеристике доводе до корпоративних кривичних дела. Дакле, капитализам не производи само имовински криминалитет, који често чине незапослени из ниже класе, него је узрок и других врста дела (напад, силовање, убиства) и различитих облика девијантног понашања као што су алкохолизам, менталне болести и самоубиство ([http:// samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf) према Драгишић Лабаш, 2019а).

Социолошка истраживања – социодемографски фактори и самоубиство

У последње две деценије унапређено је истраживање самоубиства и самоубилачког понашања у друштвеним наукама, како у теоријском тако и у методолошком смислу и интердисциплинарности. Диркемов утицај је и даље присутан и значајан за теоријски развој, а посебно је важно истраживање повезаности између социјалне интеграције¹⁷ и стопе суицида.¹⁸ Тако, социолози и стручњаци из других научних области разматрају повезаност социодемографских фактора¹⁹ и социјалне интегритетности са самоубиством (Krosowa, 2012, p. 75, 78).

Повезаност социодемографских фактора са суицидним понашањем највише су истраживали социолози и демографи, мада су и социјални психолози и психијатри у својим студијама укључивали у разматрање ову врсту варијабла уз менталне поремећаје, црте личности, вулнерабилност, генетику, итд.

У свим земљама су примећене родне разлике међу особама које су покушале и извршиле суицид. Мушкарци су склонили суицид од жена, а са старосћу мушкараца,

¹⁷ „Социологија открива противречни и двоструки карактер друштвене структуре: с једне стране, у њој су похрањени интегративни потенцијали који могу да обезбеде солидарност као основу друштвеног капитала која позитивно делује на здравље и живот појединца, док с друге стране, она делује као дезинтегративни, стресогени и „патогени” чинилац” (Pearlin, 1989, p. 242; Aneshensel, 2015, p. 171 према Marinković, Marinković, 2019, str. 45).

¹⁸ Под социјалном интеграцијом подразумева се квалитет и квантитет социјалних веза – између појединца, у локалној заједници и шире у друштву. Већина истраживача сматра да је у данашњем модерном друштву чешће присутна недовољна (ниска) интеграција, него висока, па су и алтруистичка самоубиства знатно ређа. Према налазима, брачни статус се показао најважнијим индикатором за самоубиство.

¹⁹ У питању су: пол, старост, степен образовања, брачни статус, занимање, место живљења, материјални и стамбени статус, етничка припадност, религиозност... Такође су важне теме – суицид међу маргинализованим (вулнерабилним) групама, као што су: инвалиди, особе које су присилно мигрирале, стари и тешко болесни, виктимизовани, припадници сексуалних мањина...

разлика се повећава. Жене чешће имају суицидне мисли, депресивни поремећај и покушаје суицида. Без обзира на то што је суицид у многим културама мушки феномен, у неким културама је родна разлика у стопама суицида мања, као нпр. у Кини, Сингапуру и на Филипинима, док је нешто већа у земљама источне Европе, а највећа у Чилеу и Порторику (O'Riley, Smith, 2012).

Фушими (Fushimi, 2012, р. 69–73) истиче да су варијабле – пол, старост, брачно стање повезане са: партиципацијом жена на тржишту рада, стопом наталитета, приходима, саставом домаћинства, социјалном интеграцијом, незапосленošћу. У ризичне (негативне) социјалне факторе или стресоре убраја социјалну изолацију, а у протективне (позитивне) или копинг ресурсе сврстава социјалну подршку, укљученост, социјалну интеграцију и регулацију.²⁰

Старије особе спадају у ризичну групу за суицид, али суицидне идеје нису неизбежна последица старења, инвалидности и депресије, већ често слабе социјалне подршке. Дакле важни су ставови и праксе блиских особа и друштва према старијима, који је значајан, а често и кључан фактор за суицидну одлуку. Нажалост, постоји и проблем у раном откривању депресивних симптома код старијих особа који је условљен погрешним веровањем да је такво стање нормално за њих (Amore et al. 2012, р. 268–269).

Проблеми у породици и школи и злостављање сматрају се најзначајнијим факторима ризика за суицид деце. Међутим, на суицидно понашање деце и адолесцената утичу и шири контекстуални фактори као што су економски услови. Стопа суицида се повећава у различитим земљама у којима су присутни лоши економски услови, рецесија и више стопе незапослености, али не само међу одраслима, него и међу адолесцентима²¹ (Dragišić Labaš, 2019a).

²⁰ Следећи налази, према мишљењу аутора, потврђују значај датих индикатора за стопе суицида. Суицид чешће врше старије особе, мушкарци, разведени/е (више мушкарци) у земљама са нижим стопама брачности и наталитета. Брак је протективни фактор (више за мушкарце), као и шира социјална мрежа. Неке студије указују на позитивну корелацију, тј. повезаност великих домаћинстава са вишом стопом самоубиства, док друге указују на мању стопу суицида код жена у већим домаћинствима, док код мушкараца ова веза није нађена. Према неким налазима виши приход је повезан са већом стопом суицида, а према другим, виши приход са мањом стопом суицида. Генерално, висина прихода је више повезана са стопама суицида мушкараца, него жена и младих. У неким студијама пронађена је позитивна корелација између незапослености и суицида, док у другима није, или је нађена само за мушкарце, наспрот женама и младима. Сматра се да запосленост жена повећава стрес, и за жену и за чланове породице, па се тако повећава и стопа суицида. Ипак, има другачијих мишљења, да повећана друштвена партиципација, односно запосленост, утиче на повећање социјалних контаката и квалитета живота жена, смањује стрес и стопу суицида. Постоје истраживања која указују на повезаност између веће стопе банкротства у неким областима и виших стопа суицида. Економска неједнакост утиче на ниво здравља (појачава стрес) и стопу морталитета, и код појединца и на националном нивоу, али није нађена значајна повезаност између неједнаких прихода и стопе суицида на националном нивоу (Fushimi, 2012).

²¹ Губитак посла родитеља може да утиче на настанак проблема са менталним здрављем чланова породице и променама у односу родитељ – деца. Адолесценти су суочени и „угрожени” економском кризом због стреса који трпе не само њихови родитељи, него и наставници, тренери, рођаци. Смањени или изгубљени економски ресурси могу утицати на различите ван-

Истраживања рађена у европским земљама указују на више стопе суицида међу припадницима етничких мањина у односу на аутохтоно становништво, али с тим што нижи социоекономски статус повећава стопе суицида. Истраживања више различитих етничких групација у европским земљама, Канади и САД налазе и различите ризичне и протективне факторе за суицидно понашање, који потичу из различитих етничитета, култура и религија. Супротно од ових налаза, у САД, Афроамериканци имају нижу стопу суицида у односу на Американце, а посебно је видна разлика у категорији старијих мушкараца. Такође је нађено да се мањи број Кинеза самоповређује у односу на припаднике аутохтоног становништва у Великој Британији (Crosby et al. 2011, p. 56–57).

У Србији, у периоду од 1990 до 2014, највише особа које су извршиле суицид су по националности Срби (од 75 до 85%). Највише стопе самоубиства међу другим националностима имају Мађари и Хрвати, мада су они и најбројнији у односу на друге етничке групације. Најниже стопе имају Албанци (од 2 до 5 на 100.000), потом Бошњаци/Муслимани и Муслимани, док Роми имају нешто више стопе од њих²² (Penev, 2016, str. 196–197).

О повезаности образовања и суицидног понашања постоји недовољан број истраживања, али постојећа указују да ниже образовање углавном условљава и нижи социоекономски статус и више стопе суицида. Нижи ниво образовања смањује могућност налажења посла и могућност самоостварења, док се ниски приходи повезују са стресом, незадовољством на послу, депресијом, конзумацијом алкохола и других психоактивних супстанци (у даљем тексту ПАС), лошим физичким здрављем и нестабилним брачним релацијама.

Према налазима, у неким земљама, особе с нижим образовањем склоније су суициду, док је у другима супротно. Културне норме и очекивања повезане са образовањем, дају јаснију слику *друштвене атмосфере* која погодује суициду. На пример, у Кини је нађена повезаност између нижег образовања, незапослености и суицидног понашања међу мушкарцима старости од 30 до 55 година (Chiu, Ho, 2006, p. 194). У Данској је такође је нађена повезаност између нижег образовања и суицидног понашања, док је већи ризик присутан у групи младих. Ризик повећавају друштвена очекивања, и то да више од 95% младих треба да заврши средње и више образовање (Christiansen et al. 2015, p. 802). У Италији, али само у старосној категорији од 15 до 64, самоубиству су склоније особе с вишим образовањем, а као фактори ризика издвајају се: неуспех, ранија висока функционалност, а сада смањена, и осећање стида због лоших поступака о којима су сазнали други (Pompili et al. 2013, p. 437).

У Србији је, према демографском истраживању (Penev, 2016, str. 193–196), ниже образовање повезано с вишим стопама суицида, иако је у различитим периодима ова корелација била више или мање *снажна*. Последњих година се повећавају стопе суицида особа са средњим образовањем, (које је данас *мање цењено* и пожељно у односу

школске активности, као и на промене различитих садржаја намењених младима у локалној заједници и школи (Dragišić Labaš, 2019a).

²² Треба узети у обзир да Мађари и Хрвати спадају у демографски најстарије становништво, за разлику од Албанаца, Бошњака/Муслимана и Муслимана који спадају у најмлађе. Свакако религија (ислам) и снажна стигматизација суициданата у овом случају представља снажан протективни фактор (Penev, 2016, str. 196–197; Dragišić Labaš, 2019a)

на раније периоде), док остају највише стопе у популацији мушкараца, старијих од 60 година, с основним и средњим образовањем.

Социоекономски статус може различито да утиче на суицид, у зависности од старости, пола и културе. Већина студија указује да је нижи социоекономски статус повезан с вишим стопама суицида, као и да је међу незапосленима већа стопа самоубиства у односу на запослене. Незапослени су друштвено трауматизовани и трпе последице овог статуса, не само због недостатка прихода већ због осећања бескорисности, губитка самопоштовања, слабљења социјалних контаката (Dragišić Labaš, 2019a). Уколико је друштво богатије, сиромашнији су угроженији суицидом, јер се економске разлике удружују с одбацивањем и већом социјалном изолованашћу, тако да је социјална реакција на сиромаштво у различитим културним срединама важнија од самог сиромаштва. Економска маргинализација доводи до фрустрације, недостатка самопоуздања, осећања немоћи и отуђења, те се један број људи окреће насиљу, а други, пак, доживљавају тешке емоционалне проблеме и усмеравају агресију ка себи. Њихову фрустрацију повећава и стална „конзумација трговачке среће” важна у постмодерном и богатијем друштву, али и друштвима у транзицији (Petrović, 1990; Lipovetsky, 2008 према Dragišić Labaš, 2019a, стр. 244).

Психијатријске теорије о суицидном понашању

У психијатријским теоријама, самоубиство се схвата као личан и индивидуалан чин, али који не искључује деловање спољних фактора, међутим, више као *окидача*, него као узрочника. Најчешће повезани са суицидним понашањем сматрају се следећи ментални поремећаји: депресија, схизофренија, биполарни афективни поремећај, поремећаји личности, алкохолизам, посттрауматски стресни поремећај.

У ранијим истраживањима психијатри су истицали значајну повезаност несвесних аутоагресивних тенденција, психичких поремећаја, одређених осећања и црта личности повезаних са суицидним понашањем, и то: депресивност, анксиозност, агресивност, непријатељска осећања, ниску толеранцију на фрустрацију, претерану сугестибилност, итд. (Tadić, 1973; Opalić, 1990, стр. 154 према Dragišić Labaš, 2019a). Указује се и на граничне облике суицидности (самоубилачка размишљања, суицидне тенденције, парасуицидна пауза, претња самоубиством, намерно самоповређивање, парасуицидни гест, покушај самоубиства) (Milićinski, 1989), на разлику у специфичности мотивације²³ (мотив агресије, капитулације и мотив позива у помоћ) и степену деструкције између покушаја и извршеног суицида, коју даје Стенгел (Džamonja Ignjatović, 1993, стр. 16–17), као и на важност статичких и динамичких фактора ризика.

У статичке факторе ризика убрајају се – демографске варијабле, психијатријска дијагноза (посебно депресија, схизофренија и зависност од алкохола), вулнерабилне личности, поремећаји личности, ранији покушаји суицида и соматска обољења. У динамичке факторе су укључене клиничке варијабле (тренутни депресивни симптоми, халуцинације, делузије, импулсивна агресија, употреба ПАС) док се ситуаци-

²³ Мотив капитулације односи се на тежак физички или психички бол (стање стида, кривице); мотив агресије на жељу да се казне други, али и поунутрени објекти, па се схвата као чин освете уз стицање моћи над другима и/или над собом; мотив позива у помоћ је обраћање околини (неманипулативно) и тражење помоћи да се настави живот у другачијим условима (Džamonja Ignjatović, 1993, стр. 17).

ционим варијаблама сматрају – интерперсонални конфликти, социјална подршка, запосленост, доступност средстава за извршење суицида (посебно оружја). Важно је, такође, проценити коришћен метод код покушаја суицида, претходну испланираност, предузете мере које се односе на (не)могућност спасавања као и (не)изненађеност преживљавањем²⁴ (Cohen, 2003, p. 432–437).

Један од првих српских суицидолога, Миловановић (Milovanović 1929, str. 8–9), у свом дефинисању суицида ближи је социолошком, него психијатријском виђењу овог чина, и то као „више психичке радње и свесног и намерног уништавања сопственог живота”. Аутор самоубиство разуме као социолошку и правну појаву која представља „губитак по народну економију и финансије, предмет је кривичног и грађанског права и одељак моралне статистике”. Диркемова студија о самоубиству утицала је на ставове овог аутора. Та сличност се огледа у дефинисању самоубиства као свесног чина, за који је потребна одлука и способност за реализацију – „знање и умење извођења уништавања свога живота”. Уколико нису присутни наведени чиниоци којима се дефинише самоубиство, Миловановић тај чин сматра задесном смрћу. Закључује да психозе нису узрок самоубиства, како се често у то време мислило. Оно што је важно и чиме се треба бавити јесу суицидни мотиви (ендогени и егзогени) и суицидна психа (Dragišić Labaš, 2019a).

Психолошке теорије о суицидном понашању

У овом делу рада издвојићемо три психолошке теорије које би могле да допуне социолошке теорије у разматрању феномена самоубиства и других облика суицидног понашања. У питању су стрес-дијатеза теорија, теорија о самоубиству као *деи* и интерперсонална теорија.

Стрес-дијатеза теорија указује да је за суицидно понашање важна повезаност вулнерабилности²⁵ особе и стресних фактора као *појачивача*. Дијатеза утиче на појединца да снажније доживи стрес у односу на друге људе, као што и стресови утичу на дијатезу. Људи различито реагују на стресогене животне догађаје, али

²⁴ На основу датих критеријума процене ризика суицида постоји подела на ситуације: висок ризик /високо спасавање (упери се оружје пред чланом породице), у коме агресивно и импулсивно понашање може довести до смртног исхода; низак ризик /високо спасавање (узимање мање количине таблета и тражење помоћи непосредно после тога); висок ризик /ниско спасавање (вешање у хотелској соби); низак ризик /ниско спасавање (када се површно посече подлактица и сакрије од других) може да се категоризује и као самоповређивање (Cohen, 2003, p. 437–438).

²⁵ Вулнерабилност се дефинише као „неуробиолошки корелат, који говори о преосетљивости централног нервног система (ЦНС), насталој у склопу генетских и епигенетских чинилаца или фактора ризика који делују у пренаталном или перинаталном периоду, оштећујући и модификујући ЦНС“. У пренаталном периоду на развој мозга плода негативно утичу: изложеност мајке трауми, дрогама, радијацији, алкохолу, стресу, насиљу ...Касније, од фактора који долазе из окружења, издвајају се неадекватно или чак сурово родитељство, док на настајак психичких поремећаја у адолесценцији утиче вулнерабилност ЦНС-а индивидуе, у комбинацији са факторима ризика из окружења, као што су стрес, трауме, психо-социјални и психодинамички фактори, неадекватни услови у којима адолесцент живи, злоупотреба психоактивних супстанци (Cohen, 2012, str. 3–29; Hebebrand, 2014, p. 857–861; Pavlović, 2011, str. 350–351; McGlashan, 2010, p. 7–9 према Ristić Dimitrijević, 2015, str. 303).

се у литератури често наилази на следеће факторе настанка рањивости: генетска предиспозиција, црте личности, лоша психосоцијална подршка у детињству, ране трауме²⁶, породични фактори, као и психијатријски поремећаји, злоупотреба супстанци, трауме повезане с насиљем, ратна траума и трауме узроковане елементарним непогодама (земљотреси, поплаве, урагани) дискриминација, социјална изолованост (Gunn, Lester, 2014, p. 77–78).

Теорија о самоубиству као *деју* (од психолошког бола), коју заступа Едвин Шнајдман (Edwin Shneidman), психолошки бол објашњава као стање менталне повређености и менталне патње. Бол настаје из различитих разлога, као што су: снажно осећање срамоте, кривице, усамљености, губитка, туге, страха од старења и смрти, а могу га појачати притисци и промене који долазе из окружења и друштва, као и из саме личности, те *деју суицид* из оваквог стања постаје „решење”. Јан Бечлер (Jean Baechler, 1975) такође говори о самоубиству као бегу тј. начину да се „решити” тешка животна ситуација (незапосленост и финансијски проблеми, тешка болест, осећање терета за породицу...). Самоубиство може бити мотивисано тугом због губитка (блиских људи; интегритета – физичког или интелектуалног; социјалног статуса и банкротства, губитка вере у некога/нешто и осећање да је особа издана, преварена; губитак части; губитак независности...) (Gann, 2014; Scocco, Toffol, 2012b, p.11–12).

Суицид, према једној интерперсоналној теорији, представља феномен изазван осећањима неприпадања социјалној мрежи и великог *ојшерећивања* блиских особа и друштва, као и спремношћу да се овај чин реализује. Осујећење припадања подразумева осећање одвојености од других, прекид блиских социјалних контаката, доживљај отуђености, лимитирану социјалну подршку или непостојање социјалне подршке. Овакво стање може бити повезано са усамљеношћу. Перцепција оптерећивања ствара осећање да особа представља терет за људе око себе или целу заједницу, тако да самоубиство постаје начин да се други ослободе терета. Оба виђења могу бити реална, али могу да представљају и когнитивну дисторзију (грешке у мишљењу) (Gunn, 2014, pp. 25–26 према Драгишић Лобаš, 2019а).

У социјално-психолошким истраживањима, најважнијим ризичним факторима за суицид сматрају се социјални и неурокогнитивни фактори. У питању су: перцепција себе у будућности, стандарди постављени себи и другима, као и вештине у решавању интерперсоналних проблема. У кључне когнитивне факторе ризика спада незнање, дефинисано као „социјално когнитивни ризични фактор повезан са суицидним идејама, намерама и завршетком чина” (Weishaar, 2000; Cornette et al. 2012, p. 3 према Драгишић Лобаš, 2019а). У истраживањима се показало да је незнање снажан предиктивни фактор суицида и за одрасле и за децу, мада снажније повезан са одраслима и клиничком популацијом. Неки когнитивни стилови су се такође показали ризичним, као што су високи селф-стандарди повезани с негативном перцепцијом селфа и већом дискрепанцом између идеалног и „стварног себе”.

Закључак

Самоубиство се из социолошке перспективе разуме као не само индивидуалан, већ социјални чин, јер низ спољних фактора обликује одлуку о суициду. Социолошке

²⁶ Мисли се на физичко, психичко и сексуално злостављање у детињству (Mann, 2003).

теорије уводе друштвене факторе, стигматизацију и дискриминацију у разматрање суицидног понашања корисника психијатријских услуга. Стога, за социологе је важна вулнерабилност која долази из окружења и која је повезана с настанком менталне болести, а ментално обољење се не сматра ни јединим, ни пресудним фактором ризика за суицидно понашање. Уз постојеће друштвене факторе ризичне за суицид у заједници, структурална дискриминација директно утиче на незапосленост и пад социјалног статуса по настанку болести, док снажна социјална дистанца смањује социјалну мрежу и социјални капитал, и на крају самостигматизација учвршћује друштвено конструисану улогу „нефункционалних, непредвидивих, бескорисних и опасних”. Дакле, особе са психичким проблемима, вулнерабилне због третмана у заједници спадају у високо ризичну групу за суицид.

Као допуна социолошким теоријама (допуњавање друштвеног индивидуалним) и истраживањима могу да се користе три психолошке теорије, представљене у раду, јер прва укључује фактор – вулнерабилност (личну осетљивост) и сазнање о различитим нивоима рањивости у сличним животним околностима. На пример, поред сазнања о стресном животном догађају као *окидачу* (губитак посла, присилна миграција) истраживања треба проширити подацима о породичним факторима и раним траумама (незапослена жена, неудата, нижег образовања и социјалног статуса, која је доживела рану трауму може се наћи у ризичној групи за суицидно понашање).

Бег у самоубиство, указује да су одређене животне ситуације за појединце неподношљиве и нерешиве, да се они осећају *заглављено*, без алтернативе и да им је психолошки бол тежи од физичког. Када бол достигне висок ниво, уз осећање безнађа и неукључивање у терапију (психотерапију, медикаментозну...), може да се јави суицидно понашање.

Интерперсонална теорија, такође је значајна за социолошка истраживања, а у нашој земљи би се могла повезати са старијим особама, тј. неким њиховим осећањима и суицидним понашањем. Један број старијих (75 година и више) има доживљај великог *оштерећивања* блиских особа и друштва, такође из различитих разлога смањују социјалне контакте и имају лимитирану социјалну подршку, што може да доведе до осећања усамљености, суицидних мисли и реализације суицида. Интерперсонална теорија се, такође сматра важном за објашњење суицидног понашања младих. Емпиријски је потврђена повезаност између слабих контаката са вршњацима, недостатка блиских пријатеља, усамљености и социјалне изолованости с високим ризицима за покушај суицида међу адолесцентима и младим одраслима (Hill et al. 2011, p. 160).

Осећање неприпадања и *оштерећивања* блиских особа и друштва често имају особе са психичким проблемима, а и когнитивни фактори ризика, посебно безнађе, чешће су присутни у клиничкој популацији. Тешке животне ситуације код особа које већ пате од психичких тегоба биће, такође, лакше доживљене као нерешиве у односу на здраву популацију. Корисници психијатријских услуга чешће су од других неприхваћени, социјално изоловани и дискриминисани. Зато се у факторе рањивости, у стрес-дијатеза теорији, укључују психијатријски поремећаји и злоупотреба супстанци као важни у истраживању суицидног понашања.

Психијатријске теорије проширују социолошка разматрања самоубиства и самоубилачког понашања уводећи појам несвесног, аларм – феномен (Миловановић) или

апел – феномен (Стенгел), повезаност с цртама личности, с психичким поремећајима, а пре свега с депресијом, психозама, зависношћу од алкохола и поремећајима личности, процену статичких и динамичких фактора ризика и *високо и ниско* ризичних ситуација повезаних са суицидом. Суицидно понашање је, према психијатријском разумевању, најчешће повезано с неким менталним поремећајем, међутим психичко обољење није синоним за самоубиство, јер велики број оболелих нити покуша суицид, нити га изврши.

Данас, социолози настоје да дизајнирају нову теорију о самоубиству, ослањајући се на сазнања других наука, укључујући у истраживања и анализу, нове факторе. Користе се мултидимензионални модели који садрже индивидуалне и еколошке јединице (друштвене и економске факторе) при анализи суицида. Међутим и даље постоји проблем у недостатку довољног броја различитих информација о морталитету у националним базама, неопходних за научна истраживања. И даље актуелна, Диркемова теорија о самоубиству *проширује* се подацима о алкохолизму и зависности од других ПАС, менталним болестима и имитацији. Досадашња разматрања се допуњавају *микронивоом* и он постаје све важнији за објашњење суицида од деведесетих надаље (Krosowa, 2012, p. 75–76).

Sladjana M. Dragišić Labaš¹
University of Belgrade, Faculty of Philosophy
Department of Sociology
Belgrade (Serbia)

SUICIDAL BEHAVIOR OF MENTAL HEALTH SERVICE USERS: THEORIES AND RESEARCH²

(Translation In Extenso)

Abstract: This paper considers general and specific risk factors for suicidal behavior among vulnerable and marginalized mental health service users, employing specific sociological, psychological and psychiatric theories. We seek to explain the necessity of applying a multidimensional approach to this phenomenon and integrating knowledge from the three scientific fields. The paper emphasizes why it is essential to account not only for the individual but also for the social dimension of the problem. People with mental and psychosocial disabilities are more vulnerable concerning all risk factors that come from family and society. Stigma and discrimination, along with recognized social factors related to suicide risk in general population (economic crisis, inequality, migration, war, unemployment ...), are shown to further worsen their health and social status. Negative attitudes towards people with mental disabilities, especially those linking them with *dangerousness, aggressiveness* and *unpredictability*, significantly impede their taking part in society. With unequal opportunity, social exclusion and the loss of dignity, suicide seems to often present itself as a *way out*.

Keywords: psychiatric service users, theories of suicidal behavior, general and specific risk factors, stigma and discrimination

Introduction

Recent studies on the association of suicidal behavior with psychiatric disorders indicate that these patients are at higher risk than the rest of the population. That is why it is recommended that persons with mental health problems have a suicidal risk assessment, as well as an assessment of the existence of a mental disorder in persons with suicidal thoughts. The prevalence of suicide is determined by systemic, cultural, and personal factors, but for patients with various psychiatric disorders (especially psychosis), stigma and discrimination are additional risk factors for suicide.

People suffering from depression are 12 to 20 times more likely to be suicidal than others without a mental disorder, while the so-called major depression is present in one third

¹ sladjadl@yahoo.com

² This paper is the result of work on the project “Challenges of New Social Integration in Serbia – Concepts and Actors” (No. 179035) funded by the Ministry of Education, Science and Technological Development of the Republic of Serbia.

of people who have committed suicide. Depression is a significant factor for suicide among the older population, and mood disorder (if not treated) among young people (Goldney, 2008, p. 27). A significant relationship was found between depression and serious suicide attempts with committed suicide, as well as an association between depression and several suicide attempts (suicidal career) (Holmes, Holmes, 2006, p. 62). Older people suffering from depression, living alone, divorced or widowed and having previous suicide attempts are more prone to suicide (Gelder, Mayou, & Geddes, 2009, p. 171).

With schizophrenia patients the risk of suicide ranges from 5% to 10%. The risk is more common with the elderly population than with the young, but the young who are ill are at higher risk than the young who are not³. There is a strong association with depressive symptoms, a history of suicide attempts, PAS abuse, and fear of mental disintegration. The risk is much higher in the exacerbation phase and if psychotic symptoms are present (Nordentoft, 2012, p. 180; Dragišić Labaš, 2019a). According to research findings (Schwartz and Cohen, 2001, p. 314; Dragišić Labaš, 2019a), young people with schizophrenia who have depression symptoms and who have recently experienced severe stress are at high risk for suicide. It is also stated that young people at an early stage of the disease, who have insight, that is, perceive mental disorder as a factor that will negatively affect their plans and desires, are at risk (Gelder, Mayou, & Geddes, 2009, p. 127).

More than 50% of people with bipolar affective disorder attempt suicide at least once in their lifetime, while one fifth commit it. Several studies suggest a higher risk of suicide with people with bipolar affective disorder (BAD) compared to those with unipolar depression. Men with bipolar disorder (I and II) have more serious and lethal suicide attempts than women, while people with bipolar II disorder use more violent and lethal methods than patients with BAD I (Balázs, Rihmer, 2012, p.166– 168).

People with personality disorders (most commonly with borderline personality disorder) fall into the high-risk group for suicidal behavior. According to the data, about 50% attempt suicide and 25% commit suicide. Self-harm without suicidal intent is common, as are suicide attempts (Claes et al. 2012, p. 280).

Alcohol addicts are represented by 20% to 40% among suicidal persons, although alcohol consumption is generally often present among persons who have attempted or committed suicide. The association between alcohol use and suicide is 6 times higher with men and 20 times higher with women compared to the non-alcoholic population (Innamorati et al. 2012, pp. 40–41). Risk factors for suicide of alcohol addicts include: recent heavy intoxication, talking about suicide or threatening with suicide, serious health

³ According to previous research (Kaplan et al. 1992), adolescents and young adults with schizophrenia are less likely to attempt suicide than patients with other psychoses and undiagnosed persons, but they more often commit suicide. Suicide attempts are more common with women in all three groups and patients with higher education suffering from schizophrenia. Suicides are more likely to happen with young men with schizophrenia who consume PAS, have lower social competencies and are unmarried. Schizophrenia is the most stigmatized mental illness, and therefore, in 1996, the WHO launched an international campaign against stigma through the mobilization of families, community support and mental health institutions in 19 countries (Sartorius, Schulze, 2005).

problems and, if living alone, poor social support⁴ (Salloum et al. 2000). In the high-risk group for suicide are older men, long-term addicts, with a current depressive disorder and a history of self-harm, as well as alcohol addicts who have various problems caused by consumption (physical, marital, professional, legal) (Gelder, Mayou, & Geddes, 2009 p. 171).

Negative attitudes (stigmatization) and discrimination against users of psychiatric services

Social distance to users of psychiatric services, to a greater or lesser extent, is recognized in all countries, regardless of economic and cultural diversity⁵. The consequences of stigma and discrimination are most often unemployment, social exclusion, institutionalization, homelessness, as well as suicidal behavior. Unfortunately, without feeling responsible for such an outcome, “healthy” members of society continue to *maintain* negative attitudes, both towards the ill and the perpetrators of suicide and their families.⁶ Patients’ families suffer the stigma of living with a person suffering from a psychiatric disorder and also when the person commits suicide. Negative social attitudes towards families of persons who have committed suicide impede the grieving process of family members, diminish the social network, self-esteem and quality of life.

Stigma can be defined as a negative attitude towards people with mental health problems and discrimination as an unfair treatment of the ill as socially undesirable. Stigma is a social construct consisting of 4 related components: marking the differences (between people), labeling (conditioned by cultural beliefs and negative stereotypes), placing the labeled in *another* category (which separates them from the “healthy”), experiencing rejection and discrimination (of the labeled). Discrimination is divided into the anticipated and the actually experienced one. It is manifested through three forms: 1. individual (social distance caused by pity, fear, anger ...); 2. structural (discrimination at the legal, political and

⁴ It is well known that people with mental health problems often have less developed social networks, experience distance and rejection, which can be a significant factor in suicidal behavior. For example, in our society, male alcoholics may experience stronger rejection when they start treatment than during the drinking period. Drinking is normalized and encouraged, while healing means labeling and distance. According to our study, 61% of respondents (alcohol addicts in the treatment process) experienced the greatest misunderstanding, distance, as well as complete discontinuation of contact with others when they began their treatment. Reasons for breaking social contacts are treatment at a psychiatric hospital and treatment for alcoholism, but most often both (Dragišić Labaš, 2012).

⁵ In socio-philosophical consideration, mental disorder is a metaphor for human powerlessness, imperfection and transience, as well as the negation of man’s supreme values: health, beauty, goodness and wisdom. That is why the sick person causes “an almost archetypal fear of insanity” (Opalić, 2008, p. 147).

⁶ Data on the stigmatization of the families of suicidal persons have existed since ancient times. Stigma and discrimination were manifested in different ways, in the past there was denial of funeral and confiscation of property. Today, an average of 18 people are thought to be suffering due to the suicide of a family member or other close person. Given that 800,000 people annually commit suicide in the world, this means that 14.4 million people are adversely affected by this event. Research indicates that family members feel shame, guilt, conceal suicide, are socially isolated, have reduced physical and mental functioning, are at risk for depression and may have suicidal thoughts (Goldney, 2008, p. 82; Hanschmidt et al. 2016, p. 1–4 according to Dragišić Labaš, 2019).

social levels); 3. self-stigmatization (withdrawal of patients to avoid further discrimination) (Angermeyer, 2004; Opalić, 2008, p. 55 according to Dragišić Labaš, 2019b).

Social factors, which pose risk for suicidal behavior in the general population and among people with mental health problems, are reinforced by negative social attitudes and discrimination against patients. This is confirmed by research findings on socially stigmatizing attitudes in EU countries (Mojtabai, 2010), and especially those on *dangerousness* and *unpredictability*, which are strongly associated with individual stigmatizing attitudes, so that both affect the inability of patients to seek professional help.⁷

Social distance was found in a study on the attitudes towards people with depression and schizophrenia in Germany. With age, social distance is increasing, but it is also present with respondents born after 1970, at a time when more tolerant attitudes towards users of psychiatric services were being promoted (Schomerus et al., 2015 according to Dragišić Labaš, 2019b). In Poland, there are negative attitudes towards the ill, especially when it comes to employment. They are perceived as persons who are “unable to cooperate, independently carry out their work tasks and keep their jobs” (Kaszyński, Cechnicki, 2011, p. 45 according to Dragišić Labaš, 2019b). Social distance to psychiatric service users was found in Spain (González-Sanguino et al. 2019), more with the elderly than with the younger population, and with respondents who did not have persons suffering from mental illness among family members.

In the Netherlands, and especially in Sweden, a smaller social distance towards the ill was found compared to all other European countries. However, in the Netherlands, if the attitude contains unreliability, aggression and a tendency to create problems and criminal behavior, social distance increases, especially if only the ill person is held responsible for the illness. In Sweden (though lower than in other countries), social distance is different and depends on the diagnosis of the patient. It is somewhat higher when it comes to schizophrenia compared to depression (Cechnicki, 2011, p. 45; van, t Veer et al. 2006; Högberg et al. 2012 according to Dragišić Labaš, 2019b).

Strong stigmatizing social attitudes about patients in Serbia are indicated in a study by Popović and associates (Popović et al., 1988), which explored attitudes towards patients with psychosis, alcoholism and drug addiction.⁸

Findings of our research (Dragišić Labaš, 2019b) on the stigmatizing terms and image that people with mental health problems leave on others, i.e. “healthy”, in the opinion of

⁷ Research on the use of psychiatric (psychotherapy) services by people with mental health problems who live in rural areas with lower education and social status, with poorer mental health education, is worrying, and this group of users is in the most disadvantaged situation. Delaying the search for professional help leads to the increase of symptoms and seeking help in the most severe stages of the illness which often requires hospitalization. Stigma in rural areas is stronger than in urban areas, and internalization of stigma is also stronger. Conservative values and lack of privacy in small communities make it difficult to seek professional help and further exacerbate stigma (Crumb et al., 2019, p. 143–144).

⁸ Psychosis patients are described as: *aggressive, withdrawn, nervous with psychomotor disorders, of different appearance, depressed and unaccountable*. Alcohol addicts as: *aggressive, prone to delinquent and criminal behavior, with numerous moral deficiencies*. Drug addicts such as: *unaccountable, withdrawn, isolated, useless to society, aggressive and prone to criminal behavior*.

psychiatric service users, indicate that negative social attitudes are dominant⁹, and the terms used for the ill in public discourse are generally stigmatizing.¹⁰ Respondents are often scared of the “healthy” because a significant number of them have experienced verbal and physical aggression, while domestic and foreign studies report data on the fear of the “healthy” from the ill and highlighting “aggressiveness” and “dangerousness” as important characteristics of psychiatric service users.

A considerable body of research indicates that anticipated and internalized stigma¹¹ are associated with (non)seeking professional help (Corrigan 2004; Livingston, Boyd, 2010; Ritsher, Phelan, 2004; Yanos et al. 2008; Barney et al. 2010; Blais, Renshaw, 2013; Clement et al. 2015; Lannin et al. 2016; Hajda et al. 2015 according to Fox et al. 2018, p. 16).

It is estimated that more than half of people with mental health problems in the United States do not use psychiatric services. The most common reasons for this condition are stigma, which caused feelings of shame and barriers to seeking professional help, as well as personal prejudices about the treatment of psychiatric disorders. That is why the largest anti-stigma campaign in the United States has been launched in California in 2013¹² (Collins et al. 2019, p. 228).

The perceived and anticipated (predicted) discrimination of people with schizophrenia in Serbia when applying for work and keeping is significant (Milačić Vidojević et.al, 2010). Thus, 62% of respondents experienced job-related discrimination (28% when applying for a job and 34% in terms of keeping the job), while anticipated discrimination (54%) resulted in not looking for a job or not applying for existing vacancies, driven by fear of possible discrimination. Research into the characteristics of transition to adulthood for young people with mental health problems indicates that patients are highly dependent on their parents,

⁹ Negative attitudes are conditioned by seeing the ill as dysfunctional – “they see us as incapable of work and life”, then as persons of a different mood and appearance – “boring”, “uninteresting”, “too sad”, “people who do not stop talking”, “absent-minded”, “unusual”, “funny”, “completely different”, and ultimately as dangerous – “people you should better stay away from”, “people for whom one can’t say what they’ll do next”.

¹⁰ Our respondents believe that the following terms are commonly used in public discourse for people with mental health problems: *insane, mentally ill, mentally disturbed, psychotic, nervous, alcoholics, drunks, drug addicts and druggies, druggists*.

¹¹ Anticipated stigma represents the expectations of patients to be exposed to prejudice, stereotypes or discrimination in the future, while internalized stigma or self-stigmatization is conditioned by the acceptance of negative beliefs about themselves. The internalization of stigma negatively affects self-esteem, personal efficiency and hope, and also reduces the individual’s strength, social contacts, and quality of life (Fox et al. 2018, p. 16).

¹² The campaign is part of a project to improve the mental health of California residents through prevention and early intervention. The goal is to reduce stigma at all levels (institutional, social and personal), and to seek as much help as possible from the affected people, which can be a direct result of the campaign – educating the ill or indirect – changing the institutional and social climate. The following methods were used – education on psychiatric disorders for different population groups, getting to know people who have had or have psychiatric problems (talking to patients directly or watching videos), showing documentaries on TV, positive portrayal of patients in the media... (Collins et al. 2019, pp. 229).

both financially and in terms of housing, as well as emotionally. All respondents live with their parents, most are not employed and have no partners (Ljubičić, Košutić, 2019).¹³

Research data from different countries confirm that people with mental health problems are exposed to negative attitudes, social distance and various forms of discrimination, so the anticipated stigma is expected and internalized stigma is very common. If mental illness is linked to genetics and personal responsibility for the disease and if it excludes the influence of social factors, attitudes are sharper and more negative. Preventive programs, judging by the findings and evaluations, should be *incorporated* into the education system rather than implemented as occasional anti-stigma campaigns.

The reasons for the attempted and committed suicides in the general population, as well as among the ill, can be found in *external* and *internal* factors. Therefore, a multidisciplinary framework is needed to address this phenomenon. The following text will briefly describe the basic characteristics of several selected sociological, psychological, and psychiatric theories.

Sociological theories and suicide

Sociological consideration of suicide, i.e. research into the relationship between man, society and suicide begins with Durkheim's sociogenetic theory (1897), before which socio-pathological phenomena were exclusively explained by organogenetic theories (Opalić, 2008, p. 105). Suicide, according to Durkheim, is a phenomenon that occurs under the influence and pressure of society.¹⁴ So, suicide is a social act (not a sin, nor a social transgression) and the act of the victim herself, aware of his/her actions and intentions. Durkheim also points to the unconscious motives of suicide and highlights social causes such as organic-physical preferences and the nature of the physical environment (Durkheim, 1997, pp. 33–35). Suicide can “be committed in a state of insanity, and it is a common syndrome of insanity, as is also committed in a state of health”.¹⁵ However, the cause of suicide is not only the condition of illness, but it is necessary to include other significant

¹³ A large number of respondents (65%) are emotionally dependent on their parents and they are their “only point of support”. Clients are lonely and socially isolated. Older respondents have lower autonomy and a lower degree of independence relative to parental authority. Being financially dependent, certainly stigmatized and rejected by the community, they are in a difficult position from which the transition to adulthood is almost impossible, and the authors emphasize that it is “justifiable to expect that they will remain stuck in the future: already adults according to calendar years, and dependent in every other sense” (Ljubičić, Košutić, 2019, pp. 21).

¹⁴ Different suicide rates are conditioned by the relation between integration (degree of unity) and regulation (degree of normalization). The degree of social integration is the degree of connection between the individual and the group in such a way that the individual is exposed (influenced by) the moral demands of the group. Suicide rates vary inversely with the strength (power) of group integration, especially among group members, such as family, religious and political institutions. Therefore, it is important for a society to achieve such a level of integration in which its members possess a collective consciousness, made up of shared beliefs and feelings, which is the way (path) of achieving common goals.

¹⁵ Suicides of “mental patients differ from others just as delusions and hallucinations differ from normal perceptions and as automatic impulses differ from deliberate acts”. Between madness and perfect mental balance, Durkheim states a series of transitional states that he calls neurasthenias. He accepts the division of suicide, given by Jousset and Moreau de Tours, into: *maniacal*, *melancholy*, *obsessive (anxious)* and *impulsive (automatic)* (Durkheim, 1997, pp. 65–68).

factors in the study of the cause. In addition to accepting mental disorders as a risk factor for suicide, the author makes a very important statement which is very actual today that there is no “psychopathic condition that maintains a proper and indisputable connection with suicide” (Durkheim, 1997, p. 34).

In Merton’s theory of social structure and anomie, difficulties to achieve cultural goals can be factors of suicide. In fact, tensions arise because cultural goals are incompatible with social means of achieving them. One way to adapt to an anomic situation is with a strategy of withdrawal with a sense of hopelessness or retreatism. However, withdrawal may also be *withdrawal from society and life* (Lester, 2014, p. 249–252) or “rejection of society and oneself” (Špadijer Džinić, 1966, p. 18).

Ginsberg points out the importance of economic factors for suicide (Innamorati et al. 2012, p. 31), and Brenner (1973, according to Cockerham, 2003) confirms that economic crises lead to much greater stress than any other change. According to the author, the inability of a person to fulfill his or her social role often results from an economic crisis, and the stress caused by this factor causes the onset of mental illness. Henry and Short also state that, during the economic crisis, suicide rates are rising and they decline in the period of development, but that the members of the upper classes are more *sensitive* economic change than the members of the lower classes (Lester, 2014, p. 260; Radulović, 1990, p. 29).

Tard’s theory of imitation was significant for the study of crime and suicide in earlier periods, but sociologists and other experts still consider imitation one of the important factors for suicide. Imitation, for Tard, is largely an unconscious and powerful activity that can explain all social phenomena. Imitation of suicide was noticed 200 years ago, and Goethe’s novel *The Sorrows of Young Werther* was banned in some Western European countries, until more extensive research into this connection began to take place only 40 years ago (Goldney, 2008, p. 38). Examples of imitations of suicide’s of famous persons can be found in the literature.

Within the theory of social problems¹⁶, suicide, violence, poverty, alcoholism, and human trafficking are considered to be one of the many social problems that cause harm to individuals and society around the world. According to contemporary conflict theory, social problems are created because of different types of social conflicts. The most common are class, racial, ethnic and gender conflicts. Thus, capitalism creates pressure and puts people in a state of poverty, and such a state affects the development of criminal and deviant behavior. Economic marginalization leads to frustration, lack of confidence, feelings of powerlessness and alienation. Because frustration affects people differently, some turn to violence and attack symbols of authority, while others direct aggression toward themselves, attempting and committing suicide. However, capitalist pressure is not only characteristic of the lower classes but also of the higher ones, as it allows for constant accumulation of profits, creating powerful monopolies and oligopolies in the economy. Such economic characteristics lead to corporate crime. Thus, capitalism not only produces property crime, which is often committed by the lower-class unemployed, but is also the cause of other acts (assault, rape, murder) and various deviant behaviors such as alcoholism, mental illness and suicide ([http:// samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf) according to Dragišić Labaš, 2019a).

¹⁶ Social problems are defined as social states that cause harm to a large number of people and exist in objective reality and subjective perception.

Sociological research – Sociodemographic factors and suicide

Over last two decades, research on suicide and suicidal behavior in the social sciences has been advanced, theoretically, methodologically and in terms of interdisciplinarity. Durkheim's influence is still present and significant for theoretical development, and research into the link between social integration¹⁷ and suicide rates¹⁸ is particularly important. Thus, sociologists and experts in other scientific fields are considering the connection of sociodemographic factors¹⁹ and social integration with suicide (Kposowa, 2012, p. 75, 78).

Sociologists and demographers have explored the association of sociodemographic factors with suicidal behavior, although social psychologists and psychiatrists have included this type of variables in their studies in the consideration of mental disorders, personality traits, vulnerability, genetics, etc.

Gender differences were observed among persons who attempted and committed suicide in all countries. Men are more suicidal than women, and with the age of men, the gap widens. Women are more likely to have suicidal thoughts, depressive disorder, and suicide attempts. Despite the fact that suicide in many cultures is a male phenomenon, in some cultures the gender difference in suicide rates is smaller, such as China, Singapore and the Philippines, while it is slightly higher in Eastern Europe and the highest in Chile and Puerto Rico (O'Riley, Smith, 2012).n

Fushimi (Fushimi, 2012, p. 69–73) points out that variables – gender, age, marital status are related to: women's participation in the labor market, birth rate, income, household composition, social integration, unemployment. He includes social exclusion as a risk (negative) social factor or stressor, and classifies social support, inclusion, social integration and regulation as protective (positive) or coping resources.²⁰

¹⁷ "Sociology reveals the contradictory and dual character of social structure: on the one hand, it stores integrative potentials that can provide solidarity as the basis of social capital that has a positive effect on the health and life of individuals, while on the other, it acts as a disintegrative, stressogenic and a 'pathogenic' factor" (Pearlin, 1989, p. 242; Aneshensel, 2015, p. 171 according to Marinković, Marinković, 2019, p. 45).

¹⁸ Social integration means the quality and quantity of social connections – between individuals, in the local community and more broadly in society. Most researchers believe that in today's modern society, under-integration (low) integration is more prevalent than high integration, and altruistic suicides are far less frequent. According to the findings, marital status proved to be the most important indicator of suicide.

¹⁹ These are: gender, age, educational level, marital status, occupation, place of residence, financial and housing status, ethnicity, religiosity... Also important – suicide among marginalized (vulnerable) groups, such as: persons with disabilities, persons who have forcibly migrated, old and seriously ill, victimized, members of sexual minorities...

²⁰ The following findings, in the authors' opinion, confirm the importance of the indicators given for suicide rates. Suicide is more common with the elderly, men, divorced (men, more frequently) in the countries with lower rates of marriage and birth rate. Marriage is a protective factor (more so for men), as is the wider social network. Some studies indicate a positive correlation, i.e. large households are associated with a higher suicide rate, while others indicate a lower suicide rate in women in larger households, whereas this relationship has not been found for men. According to some findings, higher income is associated with a higher suicide rate, and according to others, higher income is associated with a lower suicide rate. In general, income levels are more related to suicide rates of men compared to women and young people. In some studies, a positive correlation was

Older people are at risk for suicide, but suicidal thoughts are not an inevitable consequence of aging, disability and depression, but often poor social support. Therefore, the attitudes and practices of loved ones and society towards the elderly are important, which is a significant and often crucial factor for a suicide decision. Unfortunately, there is also a problem in the early detection of depressive symptoms in the elderly, which is conditioned by the mistaken belief that such a condition is normal for them (Amore et al. 2012, p. 268–269).

Family and school problems and abuse are considered to be the most significant risk factors for child suicide. However, suicidal behavior of children and adolescents is also influenced by broader contextual factors such as economic conditions. Suicide rates are increasing in different countries with poor economic conditions, recession and higher unemployment rates, not only among adults but also among adolescents²¹ (Dragišić Labaš, 2019a).

Surveys conducted in European countries indicate higher rates of suicide among ethnic minorities relative to indigenous peoples, but a lower socioeconomic status increases suicide rates. Studies on several different ethnic groups in European countries, Canada and the United States also found different risk and protective factors for suicidal behavior, originating from different ethnicities, cultures and religions. Contrary to these findings, in the US, African Americans have a lower suicide rate compared to other Americans, with a distinct difference in the category of older men. It has also been found that fewer Chinese are self-harming compared to the members of the UK's indigenous population (Crosby et al., 2011, p. 56–57).

In Serbia, from 1990 to 2014, most persons who committed suicide were Serbs (75 to 85%). Hungarians and Croats have the highest rates of suicide of other nationalities, though they are also the most numerous ones in comparison to other ethnic groups. Albanians have the lowest rates (from 2 to 5 per 100,000), followed by Bosniaks/Muslims and Muslims, while Romani people have slightly higher rates than them²² (Penev, 2016, pp. 196–197).

There is an insufficient amount of research on the link between education and suicidal behavior, but current research indicates that lower education generally conditions both a

found between unemployment and suicide, while in others it was not, or was found only for men, as opposed to women and young people. The employment of women is thought to increase stress for both the women and family members, and thus the suicide rate increases. However, there is a different opinion that increased social participation, i.e. employment, has the effect of increased social contacts and women's quality of life, reducing stress and suicide rates. There is research suggesting an association between higher bankruptcy rates in some areas and higher suicide rates. Economic inequality affects the level of health (enhanced stress) and mortality rates, both at the level of individuals and at the national level, but no significant correlation has been found between inequalities in income and the rate of suicide at the national level (Fushimi, 2012).

²¹ The loss of a parent's job may have an effect on the mental health problems of family members and changes in the parent-child relationship. Adolescents face and are "threatened" by the economic crisis due to the stress not only of their parents but also of teachers, coaches and relatives. Reduced or lost economic resources can affect different extracurricular activities, as well as changes in the various content intended for young people in the local community and school (Dragišić Labaš, 2019a).

²² It should be borne in mind that Hungarians and Croats belong to the demographically oldest population, unlike the Albanians, Bosniaks/Muslims and Muslims who are the youngest. Certainly religion (Islam) and strong stigmatization of suicides are a strong protective factor in this case (Penev, 2016, pp. 196–197; Dragišić Labaš, 2019a).

lower socioeconomic status and higher rates of suicide. A lower level of education reduces job opportunities and self-realization, while low incomes are associated with stress, job dissatisfaction, depression, alcohol and other psychoactive substances (hereinafter referred to as PAS), poor physical health and unstable marital relationships.

According to the findings, in some countries, people with lower education are more prone to suicide, while in others it is the opposite. The cultural norms and expectations associated with education give a clearer picture of the *social atmosphere* conducive to suicide. For example, in China, an association between lower education, unemployment and suicidal behavior among men between the ages of 30 and 55 was found (Chiu, Ho, 2006, p. 194). In Denmark, an association between lower education and suicidal behavior was found, while higher risk is present with the young. The risk is raised by societal expectations, namely that more than 95% of young people need to finish secondary and higher education (Christiansen et al. 2015, p. 802). In Italy, but only in the age group 15–64, higher education graduates are more likely to commit suicide, and the risk factors are: failure, earlier high functionality, now reduced, and feeling ashamed of others learning about their misconduct (Pompili et al. 2013, p. 437).

In Serbia, according to a demographic survey (Penev, 2016, pp. 193–196), lower education is associated with higher rates of suicide, although in different periods this correlation has been more or less *strong*. In recent years, suicide rates for people with secondary education have increased (which is *less valued* and desirable today than in earlier periods), while the highest rates remain with the population of men over 60 with primary and secondary education.

The socioeconomic status may have different effects on suicide, depending on age, gender and culture. Most studies indicate that a lower socioeconomic status is associated with higher rates of suicide, and that there is a higher suicide rate among the unemployed relative to the employed population. The unemployed are socially traumatized and suffer the consequences of this status, not only because of the lack of income but because of the feelings of futility, loss of self-esteem, weakening of social contacts (Dragišić Labaš, 2019a). The richer the society, the higher the risk of suicide of the poor, because economic differences are combined with rejection and greater social isolation, so that the social response to poverty in different cultural settings is more important than the poverty itself. Economic marginalization leads to frustration, lack of confidence, feelings of powerlessness and alienation, and some people turn to violence and other experience severe emotional problems and direct aggression towards themselves. Their frustration is exacerbated by the continued “consumption of trade happiness” important in postmodern and richer societies, as well as in transition societies (Petrović, 1990; Lipovetsky, 2008 according to Dragišić Labaš, 2019a, p. 244).

Psychiatric theories on suicidal behavior

In psychiatric theories, suicide is understood as a personal and individual act, but which does not exclude the action of external factors, however, more as a *trigger* than a causative agent. The following mental disorders are most commonly associated with suicidal behavior: depression, schizophrenia, bipolar affective disorder, personality disorders, alcoholism, post-traumatic stress disorder.

In earlier research, psychiatrists emphasized the significant correlation between unconscious autoaggressive tendencies, psychiatric disorders, certain feelings and personality traits related to suicidal behavior, such as depression, anxiety, aggression, hostile feelings, low tolerance for frustration, excessive suggestibility, etc. (Tadić, 1973; Opalić, 1990, p. 154 according to Dragišić Labaš, 2019a). Also pointed out are border forms of suicidality (suicidal thoughts, suicidal tendencies, parasuicidal break, suicide threat, deliberate self-harm, parasuicidal gesture, suicide attempt) (Milichinsky, 1989), the specificity of motivation²³ (motive for aggression, capitulation and motive for help) and the degree of destruction between the attempted and committed suicide given by Stengel (Džamonja Ignjatović, 1993, pp. 16–17), as well as the importance of static and dynamic risk factors.

Static risk factors include – demographic variables, psychiatric diagnosis (especially depression, schizophrenia and alcohol dependence), vulnerable personalities, personality disorders, previous suicide attempts, and somatic illnesses. Dynamic factors include clinical variables (current depressive symptoms, hallucinations, delusions, impulsive aggression, use of PAS), while situational variables are – interpersonal conflicts, social support, employment, availability of means of committing suicide (especially weapons). It is also important to evaluate the method used in the suicide attempt, the previous planning, the measures taken regarding non-salvageability and non/surprise with survival²⁴ (Cohen, 2003, p. 432–437).

One of the first Serbian suicidologists, Milovanović (Milovanović 1929, pp. 8–9), in his definition of suicide, is closer to a sociological rather than a psychiatric view of this act, as “more of a psychic activity and the conscious and deliberate destruction of one’s life.” The author understands suicide as a sociological and legal phenomenon that represents “loss to the national economy and finances, is the subject of criminal and civil law and a section of moral statistics.” Durkheim’s study of suicide influenced this author’s views. This similarity is reflected in the definition of suicide as a conscious act, which requires a decision and ability for realization – “the knowledge and ability to perform the destruction of one’s life”. Unless the above factors that define suicide are present, Milovanović considers this act an accidental death. He concludes that psychoses are not the cause of suicide, as was often thought at the time. What is important and what needs to be addressed are suicidal motives (endogenous and exogenous) and suicidal psyche (Dragišić Labaš, 2019a).

Psychological theories on suicidal behavior

In this part of the paper, we will highlight three psychological theories that could complement sociological considerations of the phenomenon of suicide and other forms of

²³ The capitulation motive refers to severe physical or psychological pain (a state of shame, guilt); the motive for aggression refers to the desire to punish others but also internalized objects, so it is understood as an act of revenge while gaining power over others and/or over oneself; the motive of calling for help is addressing the environment (non-manipulative) and seeking help to resume life in different conditions (Džamonja Ignjatović, 1993, p. 17).

²⁴ Based on the given criteria for assessing suicide risk, there is a division into situations: high risk/high rescue (pointing a weapon in front of a family member), in which aggressive and impulsive behavior can lead to a fatal outcome; low risk/high rescue (taking fewer pills and seeking help immediately after); high risk/low rescue (hanging in a hotel room); low risk/low rescue (when the forearm is slightly cut and concealed from others) which can also be categorized as self-harm (Cohen, 2003, p. 437–438).

suicidal behavior. These include stress-diathesis theory, theory of suicide as an *escape*, and interpersonal theory.

The stress-diathesis theory indicates that the correlation between a person's vulnerability²⁵ and stress factors as *enhancers* is important for suicidal behavior. Diathesis influences an individual to experience stress more strongly than other people, as stress affects diathesis as well. People react differently to stressful life events, but the following factors are often reported in the literature: genetic predisposition, personality traits, poor psychosocial support in childhood, early traumas²⁶, family factors, as well as psychiatric disorders, substance abuse, violence-related traumas, war trauma and traumas caused by natural disasters (earthquakes, floods, hurricanes), discrimination, social isolation (Gunn, Lester, 2014, p. 77–78).

The theory of suicide as an escape (from psychological pain), as represented by Edwin Shneidman, explains psychological pain as a state of mental injury and mental suffering. Pain occurs for a variety of reasons, such as: strong feelings of shame, guilt, loneliness, loss, sadness, fear of aging and death, and may be exacerbated by the pressures and changes that come from the environment and society, as well as from the personality itself, and *escape into suicide* from this state of affairs becomes a "solution". Jean Baechler (Baechler, 1975) also talks about suicide as an escape, that is, a way to "solve" a difficult life situation (unemployment and financial problems, a serious illness, a sense of being a burden to the family...). Suicide can be motivated by grief over the loss (of loved ones; integrity – physical or intellectual; social status and bankruptcy; loss of faith in someone/something; and feeling that the person has been betrayed, deceived; loss of honor; loss of independence...) (Gann, 2014; Scooco, Toffol, 2012b, p.11–12).

Suicide, according to one interpersonal theory, is a phenomenon triggered by feelings of non-belonging to the social network and a heavy *burden* to loved ones and society, as well as the willingness to realize this act. Non-belonging involves feeling disconnected from others, breaking close social contacts, experiencing alienation, limited social support, or lack of social support. This condition can be related to loneliness. The perception of being burdened creates the feeling that the person is a burden to the people around him/her or to the whole community, so that suicide becomes a way to release others from the burden. Both views may be realistic, but they may also represent cognitive distortion (errors of opinion) (Gunn, 2014, pp. 25–26 according to Dragišić Labaš, 2019a).

In psychosocial research, social and neurocognitive factors are considered to be the most important risk factors for suicide. These are: perception of the self in the future,

²⁵ Vulnerability is defined as "a neurobiological correlate that speaks of central nervous system (CNS) hypersensitivity generated by genetic and epigenetic factors or risk factors acting in the prenatal or perinatal period, damaging and modifying the CNS". In the prenatal period, fetal brain development is adversely affected by: maternal exposure to trauma, drugs, radiation, alcohol, stress, violence ... Later, in terms of the environmental factors, inadequate or even harsh parenting is prominent, while the onset of psychiatric disorders in adolescence affects the vulnerability of the CNS of the individual, combined with environmental risk factors such as stress, trauma, psycho-social and psychodynamic factors, inadequate conditions in which the adolescent lives, substance abuse (Cohen, 2012, pp. 3–29; Hebebrand, 2014, p. 857–861; Pavlović, 2011, pp. 350–351; McGlashan, 2010, pp. 7–9 according to Ristić Dimitrijević, 2015, p. 303).

²⁶ It refers to physical, psychological and sexual abuse in childhood (Mann, 2003).

standards set for oneself and others, as well as skills in solving interpersonal problems. Key cognitive risk factors include hopelessness, defined as “the socially cognitive risk factor associated with suicidal thoughts, intentions and completion of the act” (Weishaar, 2000; Cornette et al. 2012, p. 3 prema Dragišić Labaš, 2019a). Research has shown that hopelessness is a strong predictive factor of suicide for both adults and children, though more strongly associated with adults and the clinical population. Some cognitive styles have also proven to be risky, such as high self-standards associated with negative self-perception and greater discrepancy between the ideal and the “real self”.

Conclusion

From a sociological perspective, suicide is understood as not only an individual but a social act, because a number of external factors shape the decision to commit suicide. Sociological theories introduce social factors, stigmatization and discrimination into consideration of suicidal behavior of psychiatric service users. Thus, vulnerability stemming from the environment and associated with the onset of mental illness is important for sociologists, and mental illness is not considered to be the only or crucial risk factor for suicidal behavior. In addition to the existing social factors which pose a risk for suicide in the community, structural discrimination directly affects unemployment and the decline of the social status following the onset of illness, while strong social distance reduces the social network and social capital, ultimately reinforcing the socially constructed role of “dysfunctional, unpredictable, useless and dangerous”. Therefore, people with mental health problems, vulnerable due to the way they are treated by the community, are at high risk for suicide.

In addition to sociological theories (complementing social with individual) and research, three psychological theories presented in the paper can be used, since the first one involves the factor – vulnerability (personal sensitivity) and knowledge about different levels of vulnerability in similar life circumstances. For example, in addition to learning about a stressful life event as a *trigger* (job loss, forced migration), research should be expanded on data on family factors and early traumas (an unemployed woman, unmarried, with lower education and social status, who experienced early trauma may be in the risk group for suicidal behavior).

Escape to suicide indicates that individuals find certain life situations to be intolerable and unsolvable, they feel *stuck*, with no alternative, and their psychological pain is more severe compared to the physical pain. When pain reaches a high level, with feelings of hopelessness and non-involvement in therapy (psychotherapy, medication ...), suicidal behavior can occur.

Interpersonal theory is also significant for sociological research, and in our country it could be linked to the elderly, i.e. some of their feelings and suicidal behavior. A number of older people (75 and older) feel as if they were *burdening* their loved ones and society, also for various reasons they reduce social contacts and have limited social support, which can lead to feelings of loneliness, suicidal thoughts and suicide realization. Interpersonal theory is also considered important for explaining youth suicidal behavior. The association between poor peer contacts, lack of close friends, loneliness, and social isolation with high risks of

suicide attempt among adolescents and young adults has been empirically confirmed (Hill et al. 2011, p. 160).

People with mental health problems often have the feeling of non-belonging and *burdening* loved ones and society, and cognitive risk factors, especially hopelessness, are more common with the clinical population. Difficult life situations will also more likely be experienced as unsolvable by people who are already suffering from mental health problems compared to the healthy population. Users of psychiatric services are more often unaccepted, socially isolated and discriminated against. That is why the factors of vulnerability, in stress-diathesis theory, include psychiatric disorders and substance abuse as important factors in the study of suicidal behavior.

Psychiatric theories extend sociological considerations of suicide and suicidal behavior by introducing the notion of the unconscious, the alarm-phenomenon (Milovanović) or the appeal-phenomenon (Stengel), the connection with personality traits, with psychiatric disorders, and above all with depression, psychosis, alcohol addiction and personality disorders, assessment of static and dynamic risk factors and *high* and *low* risk suicide situations. Suicidal behavior is, according to psychiatric understanding, most commonly associated with some mental disorder, however, a psychiatric illness is not synonymous with suicide, because a large number of patients neither attempt nor commit suicide.

Today, sociologists seek to design a new theory of suicide, drawing on the knowledge of other sciences, including analysis and new factors in research. Multidimensional models containing individual and environmental units (social and economic factors) are used in the analysis of suicide. However, there is still a problem with the lack of sufficient and varied information on mortality in national databases necessary for scientific research. Still current, Durkheim's theory of suicide is *expanded* by data on alcoholism and addiction to other PAS, mental illness and imitation. Considerations to date have been supplemented by the *micro level*, and it has become increasingly important to explain suicide from the 1990s onwards (Kposowa, 2012, pp. 75–76).

REFERENCES/ ЛИТЕРАТУРА:

- Amore, M., Baratta, S., Di Vittorio, C., Innamorati, M., Lester, D. (2012). Suicide Among the Elderly. In: Pompili, Maurizio (eds.) *Suicide: A Global Perspective*. Sharjah: Bentham Science Publishers.
- Balázs, J., Rihmer, Z. (2012). Suicide and Bipolar Disorders. In: A. Shrivastava, M. Kimbrell, D. Lester (eds.) *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Claes, L., Van den Eynde, F., Guillaume, S., Vogels, C., Audenaert, K. (2012). Executive Functioning in Borderline Personality Disorder with and without Self-harming Behaviors. In: J. E. Lavigne (ed.) *Frontiers in Suicide Risk: Research, Treatment, and Prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Cockerham, W. C. (2003). *Sociology of Mental Disorder*. New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen, B. J. (2003). *Theory and Practice of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.

- Collins, R. L., Wong, E. C., Breslau, J., Burnam, A. M., Cefalu, M., Roth, E. (2019). Social Marketing of Mental Health Treatment: California's Mental Illness Stigma Reduction Campaign. *AJPH Supplement* 3,109, S3.
- Crosby, A., E., Ortega, LaVonne, Stevens, M., R. (2011). Suicides – *United States, 1999–2007. Morbidity and Mortality*, Weekly Report (MMWR), 60.
- Crumb, L., Mingo, T. M., Crowe, A. (2019). “Get over it and move on”: The impact of mental illness stigma in rural, low-income United States populations. *Mental Health & Prevention*, 13, 143–148.
- Dragišić Labaš, S. (2012). *Man and alcohol in society – from encouragement to rejection*. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog Fakulteta, Čigoja štampa. [In Serbian]
- Dragišić Labaš, S. (2019a). *Suicide – Different Discourses*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet, Institut za sociološka istraživanja i JP Službeni glasnik. [In Serbian]
- Dragišić Labaš, S. (2019b). From the perspective of users of psychiatric services: the experienced of stigma, stigmatizing labels and a recommendation of alternative terms. *Sociološki pregled*, 53 (1), 100–135. [doi:10.5937/socpreg53-20565](https://doi.org/10.5937/socpreg53-20565)
- Durkheim, E. (1997). *Suicide*. Beograd: BIGZ. [In Serbian]
- Fox, A. B., Smith, B. N., Vogt, D. (2018). How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Research*, 268, 15–20.
- Fushimi, M. (2012). Sociological Perspectives on Suicide. In: A. Shrivastava, M. Kimbrell, D. Lester (eds.) *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Gunn, J. F. (2014). Suicide as Escape: Baechler, Shneidmen, and Baumeister, In: J. F. Gunn, D. Lester (eds.) (2014). *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Gunn, J., F., Lester, D. (2014). Stress-Diathesis Theories of Suicidal Behavior. In: J. F. Gunn, D. Lester (eds.) *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Gelder, M., Mayou, R., Geddes, J. (2009). *Psychiatry*. Beograd: Data Status. [In Serbian]
- Goldney, R. D. (2008). *Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- González-Sanguinoa, C., Muñoz, M., Castellanos, M. A., Pérez-Santosa, E., Orihuela-Villameriel, T. (2019). Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry Research*, 272, 663–668. [http:// samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763793098/93098_CH01_Thio.pdf) Retrieved: 19. 8. 2019.
- Hill, R. M., Meinzer, M. C., Dominguez, N., Pettit, J. W., (2011). Interpersonal Factors. In: D. A. Lamis, D. Lester (eds.) *Understanding and Preventing College Student Suicide*. Springfield: Charles C Thomas.
- Innamorati, M., Pompili, M., Lester, D., Yang, B., Amore, M., Di Vittorio, C., Girardi, P. (2012). Economic Crises and Suicide. In: Pompili, Maurizio (eds.) *Suicide: A Global Perspective*. Sharjah: Bentham Science Publishers.

- Kaplan, Kalman J. (1992). Factors in Suicide Completions and Suicide Attempts among Schizophrenic, Other Psychotic and Nonpsychotic Patients. *The Annual American Association of Suicidology* 11, April 1–4.
- Kposowa, A., J. (2012). Advances in Sociological Approaches to understanding Suicide. In A. Shrivastava, M. Kimbrell, D. Lester (eds.) *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Lester, D. (2014). Minor Sociological Theories of Suicide. In: Gunn, J. F., Lester, D. (eds.) *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. Springfield: Charles C Thomas. Publisher LTD.
- Ljubičić, M., Košutić, Ž. (2019). Characteristics of Transition to Adulthood of Young People with Mental Health Problems. *Sociološki pregled*, 53 (1), 9–42. [doi:10.5937/socpreg53-20499](https://doi.org/10.5937/socpreg53-20499)
- Milovanović, M. (1929). *Suicide*. Beograd: „Scientia“. [In Serbian]
- Marinković, L., Marinković, D. (2019). The Social Cost of Mental Health. *Sociološki pregled*, 53 (1), 43–79. [doi:10.5937/socpreg53-20600](https://doi.org/10.5937/socpreg53-20600)
- Milačić Vidojević, I., Jovanović, V., Brojčin, B. (2010). Stigma and discrimination because of Schizophrenia and employment. *Engrami*, 32 (1–2), 1–16.
- Milčinski, L. (1989). Suicidal Behavior. In: D. Kecmanović (ed.) *Psychiatry*. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga. [In Serbian]
- Mojtabai, R. (2010). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Soc Psychiat Epidemiol*, (45), 705–712.
- Džamonja Ignjatović, T. (1993). *Characteristics of the system of personal constructs of suicidal persons*. Master's thesis. Beograd: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu. [In Serbian]
- Opalić P. (2008): *Psychiatric sociology*. Beograd: Zavod za udžbenika i nastavna sredstva. [In Serbian]
- O'Riley A. A., Smith P. N. (2012). Older men and suicide risk: clinical and research implications. In: J. E. Lavigne (ed.) (2012). *Frontiers in Suicide Risk: Research, Treatment, and Prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Penev, G. (2016). *Suicide in Serbia in the Context of Contemporary Demographic and Socio-Economic Changes*, doctoral dissertation. Beograd: Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu. Available at <http://nardus.mpn.gov.rs/handle/123456789/5956> [In Serbian]
- Pompili, M., Vichi, M., Qin, P., Innamorati, M., De Leo, D., Girardi, P. (2013). Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study, *Journal of Affective Disorders*, 147, (1–3), 437–400.
- Popović M., Opalić P., Kuzmanović B., Đukanović B., Marković M. (1988). *We and different others*. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta. [In Serbian]
- Radulović, D. (1990). Social Characteristics of Suicide. In: R. Petrović, P. Opalić, D. Radulović (eds) *Suicide in Yugoslavia*. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu. [In Serbian]
- Ristić Dimitrijević, R. (2015) Risk Factors for the Adolescent-Onset Psychosis, with Special Emphasis on the Role of the Family. *Sociologija*, 57 (2), 300–313.

- Salloum, I. M., Daley, D. C., Thase, M. E. (2000). *Male Depression, Alcoholism and Violence*. London: Martin Dunitz.
- Sartorius, N., Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. London: Cambridge University Press.
- Schwarz, R. C., Cohen, B. N. (2001). Risk Factors for Suicidality among Clients with Schizophrenia. *Journal of Counseling and Development*, 79, 314–319.
- Scocco, P., Toffol, E. (2012). Loss, Hopelessness and Suicide. In: A. Shrivastava, M. Kimbrell, D. Lester (eds.) (2012). *Suicide From A Global Perspective: Psychosocial Approaches. Psychology of Emotions, Motivations and Actions*. New York: Nova Science Publishers, Inc
- Špadijer-Džinić, J. (1966). *Suicide in Vojvodina*. Beograd: Institut za sociološka i kriminološka istraživanja. [In Serbian]