

# PSIHOLOŠKE TEORIJE I MODELI SAMOUBISTVA I SUICIDALNOG PONAŠANJA

## PSYCHOLOGICAL THEORIES AND MODELS OF SUICIDE AND SUICIDAL BEHAVIOR

**Marija Volarov**, Fakultet za sport i psihologiju, Novi Sad

### SAŽETAK

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije svakih 40 sekundi neko negde u svetu izvrši samoubistvo, dok je broj suicidalnih pokušaja koji se ne završe fatalnim ishodom dvadeset puta veći u odnosu na broj suicida sa smrtnim ishodom. Decenijama unazad stručnjaci razvijaju teorije i modele kojima pokušavaju da objasne zašto ljudi izvršavaju samoubistvo, istovremeno nastojeći da obezbede „alat“ pomoću kog će biti omogućena uspešna predikcija suicidalnog ponašanja pojedinaca i ukazujući na oblasti u kojima se čini da ima prostora za preventivno delovanje. Ipak, činjenica da statistički pokazatelji i dalje ukazuju na to da je samoubistvo među vodećim uzrocima smrti, svedoči o manjkavosti dostupnih teorija i uopšte pristupa izučavanju ovog fenomena. U ovom radu dat je pregled odabranih psiholoških teorija i modela koji objašnjavaju različite psihološke mehanizme nastanka suicidalne ideacije i suicidalnog ponašanja: Psihoanalitičke teorije samoubistva, dijazeza-stres modeli suicidalnog ponašanja, kognitivno-bihejvioralni modeli samoubistva i suicidalnog ponašanja, kompleksni (integrativni) modeli i evolucionni modeli i kao takav, ovaj rad, nudi konceptualni okvir za razumevanje samoubistva iz psihološke perspektive.

### Ključne reči:

samoubistvo,  
psihološke teorije  
samoubistva,  
suicidalna ideacija,  
suicidalno  
ponašanje

### ABSTRACT

### Keywords:

Suicide,  
Psychological  
theory of suicide,  
Suicidal ideation,  
Suicidal behavior,  
Self-injurious  
behavior

According to the World Health Organization every 40 seconds, someone somewhere in the world dies from suicide. The number of suicide attempts that do not end with death is twenty times larger than the number of suicide deaths. For decades researchers have been developing theories and models aiming to explain why people kill themselves. At the same time, they are trying to provide tools for successful suicide prediction and to emphasize different psychological, social, and economic factors that we should target when planning prevention. However, even though there is a significant number of theories of suicide, suicide prevalence is telling us that our theories are failing, suggesting that we should probably change the approach to this phenomenon. This study represents a review of selected psychological theories and models of

suicide that are addressing psychological processes that underpin suicidal ideation and suicidal behavior. This paper covers psychoanalytic theories of suicide, diathesis-stress models of suicidal behavior, cognitive-behavioral models of suicide and suicidal behavior, complex (integrative) models and evolutionary theories of suicide and as such this paper represents a conceptual framework for understanding suicide from a psychological perspective.

## Uvod

### 1.1. Samoubistvo u brojevima

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO), samoubistvo predstavlja drugi po redu vodeći uzrok smrti među pripadnicima populacije starosti od 15-29 godina (World Health Organization, 2021). Svake godine približno 800 000 ljudi izvrši samoubistvo (World Health Organization, 2021). Ova brojka praktično pokazuje da na svakih 40 sekundi jedna osoba negde u svetu sebi oduzme život, i daleko je veća ukoliko se uzmu u obzir i pokušaji samoubistva koji ne rezultuju smrću (procenjeno je da je u Evropi broj pokušaja samoubistva dvadeset puta veći u odnosu na broj izvršenih samoubistava; Freeman et al., 2017). Ovi podaci svedoče o tome da se, uprkos brojnim teorijama i modelima koji pokušavaju da objasne ovu pojavu, kao i intenzivnom radu na polju prevencije i predikcije, i dalje suočavamo sa problemima na planu sprečavanja samoubistva.

Ovaj rad je zamišljen kao sistematičan konceptualni okvir za razumevanje samoubistva kroz brojne postojeće psihološke teorije i modele. Imajući u vidu nekonzistentnost u oblasti u pogledu upotrebe termina i njihovih definicija, prvi deo rada posvećen je tome, a potom je dat pregled odabranih teorija i modela iz perspektive različitih psiholoških škola i pravaca u okviru kojih su nastali. Na samom kraju ponuđena su zaključna razmatranja njihove praktične primenljivosti i empirijske proverljivosti.

### 1.2. Terminologija i definicije

Pre nego što pokušamo da odgovorimo na pitanja od praktičnog značaja koja se tiču samoubistva i suicidalnog ponašanja, važno je da pokušamo da povučemo jasnu liniju između onog ponašanja koje se može okarakterisati kao suicidalno ponašanje, i svega ostalog što ono nije. U nastavku su dati termini i njihove definicije u skladu sa predlozima SZO i Centra za kontrolu bolesti (Crosby et al., 2011; World Health Organization, 2014).

Suicidalna ideacija/suicidalne misli odnose se

na razmišljanja osobe o samoubistvu. Može uključivati i razmišljanje o potencijalnim načinima na koje bi osoba mogla sebi da oduzme život, ali ne mora uvek nužno da se razvije do namere, plana ili samog (pokušaja) samoubistva. Suicidalne misli mogu, ali ne moraju, biti praćene planiranjem i pripremom (World Health Organization, 2014). Ovo može uključivati bilo koje ponašanje koje prevazilazi razmišljanje o samoubistvu ili verbalizaciju suicidalnih misli, kao što je nabavljanje oružja, prikupljanje tableta, pisanje oprostajnog pisma, i sl.

Nasilno ponašanje usmereno ka samom sebi, a koje za rezultat ima samopovređivanje (u vidu trovanja ili nanošenja telesnih povreda) treba razlikovati od ponašanja poput, na primer, onog koje je motivisano traženjem senzacija, impulsivnim reagovanjem tokom kog je osoba nanela sebi povredu, ili predoziranje od strane osobe zavisne od supstance. Ono može biti suicidalno i nesuicidalno (Crosby et al., 2011). O namernom nesuicidalnom samopovređivanju se radi ukoliko ne postoje eksplicitni ili implicitni dokazi o suicidalnoj nameri, odnosno o želji osobe da sebi oduzme život, dok suicidalnim nazivamo onakvo samopovređivanje gde takvi dokazi postoje. U situacijama kada nije moguće ustanoviti da li je postojala suicidalna namera ili ne, govorimo o nespecificovanom nasilju usmerenom ka sebi (Crosby et al., 2011).

Suicidalno ponašanje predstavlja ponašanje koje za rezultat ima nanošenje povrede samom sebi sa namerom osobe da sebi oduzme život. Ako ovakvo ponašanje rezultuje smrtnim ishodom, govorimo o (izvršenom) samoubistvu, a kada ne završava fatalnim ishodom koristi se termin pokušaj samoubistva (Crosby et al., 2011). U slučaju pokušaja samoubistva, suicidalno ponašanje je ili sprečeno od strane druge osobe (one koja je osujetila plan osobe koja namerava da se ubije) ili od strane same suicidalne osobe, ukoliko se zaustavila u nameri pre nanošenja fatalne povrede (Crosby et al., 2011).

## 2. PSIHOLŠKE TEORIJE I MODELI SAMOUBISTVA

Imajući u vidu frekventnost suicidalnog ponašanja i mogućnost njegovog fatalnog ishoda, brojni su pokušaji da se objasne mehanizmi koji stoje u njegovoj osnovi. Prema Draperu (1976) pretpostavke koje se nameću kada nastojimo da odgovorimo na pitanje zašto neki ljudi samoubistvo vide kao „ultimativno rešenje“ su sledeće: (1) da možda postoji jasna, specifična biološka, nasleđena determinanta suicidalnosti; (2) da odgovor leži u psihosocijalnom razvoju i ranom, formativnom uzrastu;

(3) ili da moraju postojati neki aktuelni životni događaji koji predstavljaju okidač (Draper, 1976). U nastavku su prikazane odabrane teorije i modeli koji (barem delom) počivaju na ovakvim pretpostavkama. Navedene teorije i modeli su u manjoj ili većoj meri uspešni u uvažavanju kompleksnosti ovog problema, integrišući manji ili veći broj faktora za koje se pretpostavlja da učestvuju u javljanju suicidalnog ponašanja (koje može, a ne mora nužno imati smrtni ishod).

### 2.1. Psihoanalitičke teorije samoubistva

Iako ne postoji obimna, detaljno razrađena psihoanalitička teorija samoubistva, pojedini autori su se ovom temom bavili u okviru svojih psihodinamskih teorija ličnosti. Sam Freud je u okviru svog dela „Tuga i melanholija“ (1917) pisao o depresiji i samoubistvu, a objašnjenje suicidalnog ponašanja može se pronaći i u okviru teorije objektivnih odnosa i self psihologije (Freud, 1917; Ronningstam et al., 2021). Možda najpoznatije tumačenje samoubistva iz psihoanalitičke perspektive navodi da je samoubistvo rezultat agresivnosti i mržnje koju ego depresivne osobe oseća prema nekom objektu koji je izgubio. Ova mržnja prema objektu biva usmerena ka egu (usled internalizacije i identifikacije sa objektom), da bi u nekom momentu mržnja i destruktivne tendencije nadjačale želju ega za životom, rezultujući samoubistvom (Draper, 1976; Joiner, 2005; Ronningstam et al., 2021). Nasuprot samoubistvu usled mržnje prema sebi, Freud nudi alternativno objašnjenje da je samoubistvo posledica nestajanja ljubavi prema sebi do kog dolazi kada „superego prestane da štiti ego libidinoznom kateksom [ljubavlju], usled čega se ego zbog doživljaja napuštenosti predaje i umire“ (Ronningstam et al., 2021, p. 147).

Značajan rani doprinos na temu samoubistva dala je i Melanie Klein kroz poređenje paranoidno-šizoidne i depresivne pozicije (Klein, 1935). Odlika paranoidno-šizoidne pozicije je projekcija mržnje na objekat, uz pripisivanje ideja o persekuciji ili omnipotenciji objektu (Ronningstam et al., 2021). Ona je praćena agresivnim tendencijama iz želje da se dobar objekat zaštititi od lošeg, ili pak da se zaštititi self od lošeg objekta. U nekim patološkim slučajevima loš objekat je introjektovan i osoba ove agresivne tendencije usmerava ka sebi. Osoba koja ima depresivnu poziciju će u patološkim slučajevima imati snažan doživljaj krivice, negativnu sliku o sebi gde sebe doživljava kao jako lošu i opasnu po druge, a samoubistvo vidi kao način da se zaštititi dobar objekat i oslobodi svet od svog potencijalno destruktivnog ponašanja (Ronningstam et al., 2021).

Važnost ovih teorija se ogleda u tome što su

zapravo inicirale i motivisale dalje bavljenje samoubistvom i suicidalnim ponašanjem, no njihova uska specifičnost i apstraktnost, ograničavaju njihovu praktičnu primenu.

### 2.2. Dijateza-stres modeli suicidalnog ponašanja

Dijateza, odnosno konstitucionalna vulnerabilnost ili predispozicija za razvoj poremećaja, se danas prilično široko shvata i pod njom se podrazumevaju različiti biološki, kognitivni i socijalni predisponirajući faktori koji osobu mogu učini podložnom patološkom reagovanju, uključujući i suicidalno ponašanje (van Heeringen, 2012). U većini modela, međutim, dijateza nije sama po sebi dovoljna već se pretpostavlja da je za njenu aktivaciju neophodno neko stresogeno iskustvo. Do sada je zabeleženo nekoliko pokušaja razvijanja dijateza-stres modela kojima bi se objasnilo suicidalno ponašanje, a osnovna razlika među njima je u konceptima koji se podvode pod pojmovima dijateze i stresa. Sa druge strane, ono što je zajedničko ovim modelima jeste što, uglavnom, počivaju na empirijski proverljivim (i proveranim) konstruktima.

Klinički dijateza-stres model nosi naziv upravo po tome što je proistekao iz istraživanja na kliničkoj populaciji. Ovaj model kao stresor ili okidač za suicidalno ponašanje identifikuje samo postojanje akutnog psihopatološkog stanja (npr. depresija), a koje je u interakciji sa dispozicionim karakteristikama kao što su agresivnost, impulsivnost i granična organizacija ličnosti (Mann et al., 1999). McGirr i Turecki su se nadovezali na ovaj model ističući da psihopatologija iako nužan, nije dovoljan faktor rizika za suicid (npr. neće sve depresivne osobe pokušati samoubistvo - samim tim depresija ne predstavlja okidač, nego dispoziciju) i da za „pravom“ dijatezom treba tragati u stabilnim personalnim karakteristikama koje su prisutne i premorbidno (McGirr & Turecki, 2007). Pod time autori misle pre svega na agresivnost i/ili impulsivnost kao jedne od ključnih komponenti, budući da impulsivnost predstavlja sklonost ka ishitrenim reakcijama koje su nesrazmerne situaciji, a gde osoba ne promišlja o dugoročnim posledicama sopstvenih odluka i činjenja. McGirr i Turecki se pozivaju na rezultate istraživanja koja sugerišu da je među ljudima koji su izvršili samoubistvo značajan broj onih kod kojih je bilo prisutno patološko ispoljavanje nekontrolne impulsa (McGirr & Turecki, 2007). Međutim, ovi autori dodatno skreću pažnju na to da nisu sva izvršena samoubistva rezultat impulsivnog akta i da mora da postoji neka druga vrsta vulnerabilnosti kada je reč o neimpulsivnim izvršenim samoubistvima. Dodatno, neke grupe autora ističu važnost neuroticizma u kontekstu dijateze, ali ostaje nejasno da li neuroticizam korelira sa

suicidalnošću isključivo kao opšti faktor vulnerabilnosti za psihopatologiju. Ipak, zanimljivi su rezultati istraživanja koji, sa jedne strane, prikazuju neuroticizam kao vulnerabilnost za suicidalnu ideaciju, dok se, sa druge strane, beleži negativna korelacija neuroticizma i suicidalnog ponašanja (detaljnije videti u: Rappaport et al., 2017). Drugim rečima, čini se da visok neuroticizam može da smanji rizik od suicidalnog ponašanja kod osoba koje razmišljaju o tome da sebi oduzmu život.

Istraživanja sprovedena tokom protekle decenije inspirisala su razvoj neurobiološkog pristupa dijateza-stres modelima nakon što su identifikovane strukturalne i neuralne promene kod osoba pod suicidalnim rizikom, odnosno kod osoba koje su pokušale samoubistvo (Bani-Fatemi et al., 2018; Jollant et al., 2008; van Heeringen, 2012; van Heering et al., 2011). Jedno istraživanje ispitivalo je neuralnu aktivaciju kod mladih, muških osoba sa i bez istorije pokušaja suicida, a sa istorijom depresije (Jollant et al., 2008). Rezultati ovog (i sličnih) istraživanja sugerišu postojanje specifičnih obrazaca neuralne aktivacije koji su odgovorni za pojačanu osetljivost na neodobravanje od strane drugih, veću sklonost osobe da se ponaša u skladu sa negativnim afektom i redukovana pažnja za pozitivne stimulse koji potencijalno predstavljaju neurobiološku vulnerabilnost za suicidalno ponašanje, a pretpostavka je da ta dijateza može biti aktivirana depresivnom epizodom (Jollant et al., 2008; van Heering et al., 2011).

Dijateza-stres modeli su korisni jer omogućavaju identifikovanje predisponirajućih faktora samoubistva i suicidalnog ponašanja (kao što su određene osobine ličnosti, strategije rešavanja problema i emocionalne regulacije, kognitivni procesi) koji mogu biti od značaja za rano prepoznavanje suicidalnog rizika i prevenciju. Međutim, ne treba gubiti iz vida da postojanje dijateze samo po sebi osobu čini podložnijom stresnim iskustvima čime se povećava verovatnoća da će se dijateza aktivirati. Ipak, intervencije u pravcu redukovanja stresa, iako manje elegantno rešenje, bi trebalo da dovedu do pozitivnih efekata (Kercher & Rapee, 2009).

### **2.3. Kognitivno-bihejvioralni modeli samoubistva**

Samoubistvo je integrisano kao značajna varijabla u gotovo sve kognitivno-bihejvioralne modele depresivnosti, ali istovremeno postoji i nekolicina kognitivno-bihejvioralnih modela koji su specifično usmereni na problem suicida i suicidalnog ponašanja. Kako Rud navodi, svi ovi modeli predstavljaju varijaciju na temu dijateza-stres-beznadežnost paradigme, a ono što ih međusobno razlikuje jeste pretpostavljena

dijateza, ukupan broj različitih varijabli koje se uzimaju u razmatranje u modelima i pretpostavljene veze između njih (Rudd, 2000). Verovatno najistaknutije teorije i modeli samoubistva u okviru ove psihološke škole jesu Bekov model beznadežnosti (Beck et al., 1985, 1990), Kognitivna teorija suicidalnog moda (Beck, 1996; Rudd et al., 2001), Teorija fluidne vulnerabilnosti (Rudd, 2006), Teorija bega od psihološkog bola (Baumeister, 1990) i Teorija emocionalne disregulacije (Linehan, 1993).  
1119817,05

#### **2.3.1. Bekova kognitivna teorija suicidalnog moda i uloga beznadežnosti**

U okviru svoje kognitivno-bihejvioralne teorije Bek modove definiše kao umrežene kognitivne, afektivne, motivacione, fiziološke i bihejvioralne šeme koje se simultano aktiviraju pod uticajem događaja iz spoljašnje sredine i rezultuju ponašanjem usmerenom ka cilju (van Heeringen, 2012). Preciznije govoreći, suicidalna ideacija, negativan afekat i motivacija za suicidalno ponašanje u interakciji sa stresogenim iskustvom mogu za proizvod imati suicidalno ponašanje. Bek smatra da je put ka suicidalnosti determinisan kognitivnim šemama koje su maladaptivnog sadržaja, koje vode maladaptivnim interpretacijama iskustava i imaju ulogu u formiranju suicidalne ideacije i suicidalnog ponašanja (Rudd, 2000). Afektivni sistem obezbeđuje emocionalno i afektivno iskustvo koje određuje na koju vrstu sadržaja će individua usmeravati pažnju, podupirući pristrasne interpretacije i održavajući aktivaciju maladaptivne kognitivne šeme (Beck, 1996). Kada je suicidalni mod aktivan, afekat je dominantno disforičan, pažnja je fokusirana na negativne sadržaje i javljaju se negativne interpretativne pristrasnosti. Jedan od važnijih mehanizama u ovom modelu jeste kognitivna senzitivizacija koja podrazumeva da će ponavljano izlaganje istovetnom sadržaju, i ponovljena i prolongirana aktivacija određenih šema dovesti do snižavanja njihovog praga aktivacije čineći osobu sve vulnerabilnijom i reaktivnijom, a suicidalnu ideaciju sve dostupnijom i verovatnijom (Joiner, 2005). Ovakva konceptualizacija naročito može da posluži kao objašnjenje zašto se kod osoba sa višestrukim pokušajima samoubistva verovatnoća za ponovni pokušaj povećava sa svakim narednim (Rudd, 2000). Konačno, otpisivanje vlastite odgovornosti, spoljašnji lokus kontrole, tj. opšti doživljaj bespomoćnosti osobe da izađe na kraj sa iskonstruisanom negativnom realnošću i beznadežnost vode ka tome da osoba samoubistvo vidi kao ultimativni i jedini izlaz iz nepovoljnih okolnosti i bolnog psihičkog iskustva (Beck et al., 1990). U jednoj prospektivnoj studiji

Bek i saradnici su dobili podatak da su osobe koje su postigle skor  $\geq 9$  na Bekovoj skali beznadežnosti imali jedanaest puta veće šanse da izvrše samoubistvo u poređenju sa ostatkom uzorka, ukazujući nam na to da je beznadežnost važan faktor rizika koji treba pratiti (Beck et al., 1990).

Na Bekovu ideju o postojanju suicidalnog moda se nadovezao i dodatno je razradio Rud u okviru svoje teorije fluidne vulnerabilnosti (Rudd, 2006). Rud koristi termin epizoda akutne suicidalnosti (Rudd, 2006) naglašavajući da ne postoji kontinuirani suicidalni rizik, već da ga pre treba sagledavati kao rekurentni, akutni rizik čija pojava zavisi od aktivacije suicidalnog moda. No, treba imati u vidu da do aktivacije suicidalnog moda ne dolazi slučajno, već da postoje određene kognitivne (npr., kognitivna rigidnost, kognitivne distorzije), biološke i bihevioralne karakteristike (nedostaci raznih veština koje utiču na interpersonalne relacije, emocionalnu regulaciju, i sl.) koje neke ljude čine ranjivijim (Rudd, 2006), a isto tako za to može biti odgovorna već pomenuta kognitivna senzitivizacija.

### 2.3.2. Teorija bega od psihološkog bola

Baumajster je predložio linearni model za objašnjenje suicidalnog ponašanja u koji je integrisao neke od empirijski podržanih prediktora suicidalnog ponašanja, kao i elemente Bekovog modela depresivnosti (Baumesiter, 1990; Dean & Range, 1999). Ovaj model nosi naziv Model bega od psihološkog bola zato što se pretpostavlja da čitav lanac reakcija koji na samom svom kraju ima suicidalno ponašanje započinje diskrepancom između očekivanja osobe i realnih, aktuelnih životnih okolnosti i negativnim afektom kao posledicom od koje osoba želi da pobjegne. U ovakvim okolnostima osoba može pripisati sebi odgovornost za neuspeh u zadovoljavanju postavljenih nerealističnih i visokih ciljeva što dalje vodi ka pojačanoj samosvesnosti gde će se dodatno fokusirati na sliku o sebi kao o nekompetentnoj osobi koja je odgovorna što izvesni zahtevi nisu ispunjeni (Baumeister, 1990). Ovakav fokus na negativno dovešće praktično do indukcije negativnog afekta, distresa, brige, ruminacija. U pokušaju da se od ovog negativnog emocionalnog stanja pobegne, osoba pribegava mehanizmu kognitivne dekonstrukcije koji zapravo predstavlja stanje kognitivne i emocionalne „zatupljenosti“ – osoba je hipovigilne pažnje, usmerena na konkretne i jednostavne stimulse, čime zapravo postiže da se ne bavi negativnim iskustvom; počinje da bude više usmerena na aktivnosti u sada i ovde i na neki način odustaje od dugoročnih planova i ciljeva

jer tako izbegava da se bavi implikacijama neispunjenih ciljeva i nezadovoljenih ličnih standarda. Verovatno najvažnija posledica kognitivne dekonstrukcije jeste dezinhibicija, odnosno oslabljena kontrola impulsa koja predstavlja značajan rizik za samoubistvo (Baumeister, 1990; Dean & Range, 1999; Joiner, 2005).

Hronološki nešto mlađa teorija jeste Šnajdmanova teorija psihološkog bola (Shneidman, 1993). Psihološka bol (eng. psychache) se u okviru ove teorije definiše kao opšta psihička i emocionalna bol koja u trenutku dostizanja intenziteta koji osoba procenjuje kao nepodnošljiv predstavlja proksimalni faktor rizika za samoubistvo. Ono što je po definiciji psihološka bol za Šnajdmana, to je beznadežnost za Beka (Joiner, 2005). Šnajdman još navodi da njegov koncept psihološkog bola predstavlja medijator između drugih psiholoških faktora rizika sa jedne, i samoubistva sa druge strane (Troister & Holden, 2010). U jednoj studiji iz 2015. godine autori su poredili Bekovu skalu depresivnosti, skalu beznadežnosti i skalu psihološkog bola na uzorku od preko 7000 studenata (Troister et al., 2015). Ovo istraživanje je pokazalo da su skorovi na sve tri skale bili uspešni u predviđanju suicidalne ideacije, ali da je najtačniji u predviđanju bio skor na skali psihološkog bola (Troister et al., 2015).

### 2.3.3. Teorija emocionalne disregulacije Marše Linehan

U kognitivno-bihevioralne teorije samoubistva ubraja se Teorija emocionalne disregulacije koju je predložila Marša Linehan 1993. godine (Linehan, 1993). Prema postulatima ove teorije, biološka vulnerabilnost, invalidirajuće okruženje i neadekvatne strategije emocionalne regulacije neki su od važnih preduslova za suicidalno ponašanje. Naime, sa jedne strane osoba može posedovati biološku vulnerabilnost za emocionalnu nestabilnost, a sa druge se može nalaziti u okruženju koje se na neadekvatan način nosi sa osetljivošću osobe. Preosetljivo, emocionalno nestabilno dete usled porodičnog okruženja koje mu ne pomaže da reguliše svoje emocije, već ih otpisuje, negira, kažnjava i minimizira neće naučiti kako da ih reguliše samo, već će razviti maladaptivne strategije po uzoru na to kako ga je okruženje tretiralo (Brown et al., 2002; Linehan, 1993). Ovom teorijom Linehanova nastoji prvenstveno da objasni samopovređivanje kao vid pokušaja da se izregulišu emocije i psihološka bol, ali da ujedno emocionalna disregulacija može da doprinese doživljaju otuđenosti od drugih i generalnoj spremnosti osobe na suicidalno ponašanje sa letalnim ishodom (Joiner, 2005; Linehan, 1993). Na temeljima svoje teorije Linehanova je osmislila

dijalektičku bihevioralnu terapiju (DBT) kao tretman izbora za rad sa osobama pod suicidalnim rizikom, a posebno za rad sa osobama sa graničnim poremećajem ličnosti na koje se opisana teorija prvenstveno i odnosi (Linehan, 1993).

## **2.4. Kompleksni/Integrativni modeli samoubistva**

### **2.4.1. Razvojne (celoživotne) teorije samoubistva**

Iako je predloženih teorija samoubistva popriličan broj, malo koja se bavi ovim fenomenom iz razvojne perspektive. Među retkima su Blumentalova i Kupfer (1990) i Maris (2002) koji na sličan način gledaju na samoubistvo: kao na multifaktorski fenomen, definišu relacije između faktora u različitim fazama životnog razvoja. Ove teorije sugerišu da su za javljanje suicidalnog ponašanja odgovorne interakcije između sledećih pet domena funkcionisanja: biološkog, psihosocijalnog, osobina ličnosti, porodične istorije i genetike i pojave mentalnih poremećaja. Dok su psihosocijalni životni događaji, biološka vulnerabilnost, istorija psihijatrijskih poremećaja i ličnost promenljivi tokom vremena, manje je poznato kako se genska vulnerabilnost i način interagovanja sa spoljašnjim uticajima menja tokom života (Blumenthal & Kupfer, 1990). Jedna od hipoteza zašto se nakon adolescencije broj samoubistava povećava podrazumeva koncept kognitivne zrelosti, i to na način da kognitivno sazrevanje i sposobnost da se budućnost sagleda u celosti, da se planira i anticipira, povećavaju rizik za suicid, ali u isto vreme emocionalna zrelost obezbeđuje bolju emocionalnu regulaciju i toleranciju neprijatnih emocionalnih stanja što predstavlja protektivni faktor (Blumenthal & Kupfer, 1990). Ovi autori razmatraju samoubistvo i u kontekstu Eriksonovih psihosocijalnih stadijuma razvoja i dalje teoretišu da neuspeh u razrešavanju životnih kriza i uspešan prelazak sa jednog stadijuma na drugi takođe stavljaju ljude pod rizik. Ovo su samo neki od primera na koji način se samoubistvo i suicidalno ponašanje (pre svega kod mladih) analiziraju iz razvojne perspektive, i čini se da je njihov najvažniji zadatak podizanje svesti istraživača i praktičara da je nekada neophodno uzeti u obzir razvojnu komponentu, nezavisno od toga od kog se referentnog okvira i kojih faktora rizika inicijalno polazi.

### **2.4.2. Interpersonalna teorija samoubistva**

Interpersonalna teorija samoubistva (ITS) predstavlja najaktuelniji teorijski okvir za razumevanje suicidalne ideacije, suicidalnog ponašanja i samoubistva koji je ujedno najviše empirijski proveravan (Joiner, 2005; van Orden et al., 2010). Oslanja se na ranije teorijske koncepcije koje smatraju da objašnjenje za samoubistvo

kao pojavu treba tražiti u socijalnoj umreženosti, odnosno u interpersonalnim relacijama. Štavište, pored integrisanja aspekata iz ranijih teorija i modela suicida, ITS je poslužila i kao inspiracija za neke nove, nezavisne pokušaje da se samoubistvo shvati kroz jedan sistematičan pristup. ITS nudi objašnjenje zašto samo neki od ljudi koji imaju suicidalne misli zaista i pokušaju da izvrše samoubistvo, koji su to jedinstveni putevi i mehanizmi putem kojih se suicidalna namera razvija u pravcu fatalnih i nefatalnih pokušaja. Ova teorija je prva koja može da se smesti u referentni okvir nečega što su Klonsky i saradnici (Klonsky et al., 2017) kasnije imenovali kao Teorija od ideacije do akcije. Elementi ITS su:

(1) doživljaj nepripadanja (eng. thwarted belongingness) – sržni konstrukt zasnovan na pretpostavci da sva ljudska bića imaju bazičnu potrebu za pripadanjem, te da percepcija usamljenosti i otuđenosti ima potencijala da u značajnoj meri utiče na psihološko blagostanje (van Orden et al., 2010). Isti princip opisivao je Narol u okviru svoje teorije socijalne dezorijentacije, iznoseći zapažanje da je samoubistvo frekventnije među ljudima koji imaju narušene socijalne relacije, slično kao i Durhaim u okviru svoje sociološke teorije samoubistva (Lester, 1995).

(2) doživljaj osobe da je na teretu drugima (eng. perceived burdensomeness) – ovde je akcenat na ličnoj percepciji i pristrasnoj, negativnoj proceni da je po okruženje bolje da osobe nema što se prepoznaje kroz tekst koji ove osobe mogu izgovarati (npr. „Mojoj porodici bi bilo bolje da me nema“).

(3) beznadežnost (eng. hopelessness) – potiče iz kognitivnih modela suicida i predstavlja manje empirijski podržanu komponentu ITS (Chu et al., 2017). U kontekstu ove teorije beznadežnost predstavlja odgovor na doživljaj da su prethodno opisane dve komponente (doživljaj osobe da je drugima na teretu i da nigde ne pripada) stabilne i nepromenljive karakteristike.

(4) spremnost (eng. capability) na izvršavanje samoubistva – autori ITS pretpostavljaju da prolongirana izloženost stresnim životnim okolnostima može kod nekih osoba da rezultuje umanjnjem straha od smrti i povećanjem tolerancije fizičkog bola, što dalje može da vodi ka prevazilaženju instinkta za preživljavanjem i povećanju spremnosti osobe na letalno suicidalno ponašanje.

Jasno definisani elementi ITS omogućavaju generisanje konkretnih pretpostavki o tome na koji način dolazi do suicidalne ideacije, i šta je to što je potrebno da bi se ona pretočila u konkretno suicidalno ponašanje sa fatalnim ili nefatalnim ishodom. Prema teoriji, doživljaj

osobe da je usamljena i otuđena, odnosno da nigde ne pripada i istovremeni doživljaj da je na teretu drugima dovoljni su za pojavu pasivne suicidalne ideacije. Ukoliko osoba ujedno procenjuje da ne postoji mogućnost da bilo šta preduzme povodom toga, pasivna suicidalna ideacija prerasta u aktivnu. Aktivna suicidalna ideacija u kombinaciji sa nedostatkom straha od smrti transformiše se u suicidalnu nameru. Konačno, do konkretnog, fatalnog ili nefatalnog suicidalnog ponašanja dolazi ukoliko je nedostatak straha od smrti praćen visokim pragom tolerancije fizičkog bola. Dakle, ono što je ključno prema Joineru je da osoba kod koje je prisutna suicidalna namera treba zaista i da bude spremna (eng. capable) da tu nameru i sprovede u delo. Takođe, dok sa jedne strane Bek koristi koncept kognitivne senzitivacije pri objašnjavanju mehanizma razvoja suicidalnog ponašanja, ITS se bazira na habituaciji kao mehanizmu, iako npr. Joiner (2005) ne isključuje mogućnost da i u okviru ITS ova dva mehanizma funkcionišu udruženo. Na primer, razmišljanje osobe da je na teretu drugima i doživljaj nepripadanja mogu se senzitivirati onako kako je Bek opisao kognitivnu senzitivaciju u okviru teorije suicidalnog moda (Joiner, 2005). Joiner dodatno navodi da su ove dve komponente zapravo ono što konstituise psihološku bol (eng. psychache).

Joiner i saradnici su nedavno pokušali da prošire ITS pridružujući joj sociobiološku perspektivu – spremnost na samožrtvovanje koje je prisutno kod nekih životinjskih vrsta i insekata, ali je najprisutnije među eusocijalnim životinjama (Joiner et al., 2017). Prema kriterijumima eusocijalnosti (višegeneracijska briga o mladima, kooperativna briga o mladima, podela rada i odbrana skloništa) ovi autori pretpostavljaju da se ljudi mogu smatrati eusocijalnim jedinkama (Joiner et al., 2017). U skladu sa tom pretpostavkom oni dalje predlažu da je samoubistvo među pripadnicima ljudske vrste disfunkcionalna evolutivna zaostavština ovog mehanizma i da predstavlja miskalkulaciju utkanu u doživljaj osobe da je na teretu i uverenje da će drugima biti bolje ukoliko nje ne bude bilo (Joiner et al., 2017).

Joiner je zajedno sa svojim kolegama radio na definisanju standarda za procenu suicidalnog rizika kod osoba koje upućuju pozive nacionalnoj liniji za prevenciju samoubistva (Joiner et al., 2007). Standardi su razvijani na temelju rezultata brojnih istraživanja u kojima je proveravana prediktivna moć brojnih potencijalnih faktora rizika za samoubistvo. Između ostalog, Joiner je razvio i formular za procenu suicidalnog rizika koji je zasnovan na njegovoj ITS (Joiner et al., 2007). Autorka ovog rada je dobila dozvolu za prevod ovog formulara na srpski

jezik i on se može naći u prilogu ovog rada u nadi da će motivisati kliničke psihologe i psihijatre da u svojoj praksi sprovede temeljnu i sistematičnu, empirijski zasnovanu procenu suicidalnog rizika.

#### **2.4.3. Integrativni motivaciono-voljni model suicidalnog ponašanja**

O'Konorov integrativni motivaciono-voljni model (IMV; O'Connor, 2011a, 2011b) je još jedan od pokušaja da se samoubistvo kao pojava sagleda iz što više različitih uglova, uz svest o višeslojnosti ovog problema i potrebi da se njemu pristupa sistemski i multidisciplinarno. U pogledu pretpostavljenih elemenata modela on ne predstavlja ništa novo, ipak njegova inovativnost se ogleda u načinu na koji su elementi unutar samog modela organizovani i međusobno povezani. Ovaj model se sastoji iz tri faze: (1) premotivacione, (2) motivacione, i (3) voljne (Slika 1). Kroz ove faze predstavljeno je na koji način distalni, kontekstualni faktori i akutni, okidajući životni događaji učestvuju u javljanju suicidalnog ponašanja, i na koji način se razvija suicidalna ideacija.

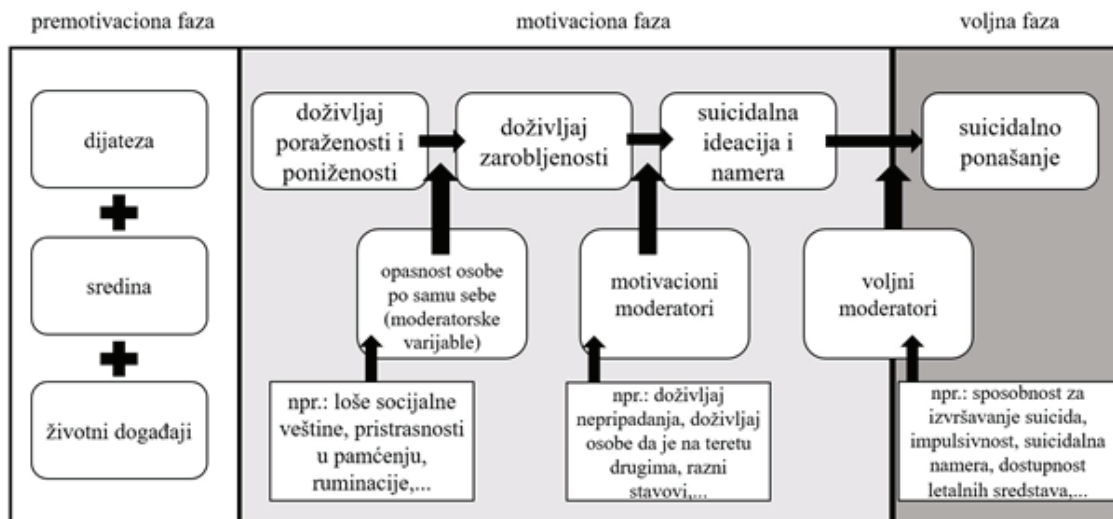
Ukratko, premotivaciona faza podrazumeva sve ono što se u klasičnom smislu smatra dijateza-stres modelom. Motivaciona faza objašnjava proces javljanja suicidalne ideacije i uključuje lični doživljaj poraženosti i poniženosti (i sudeći po definiciji, ova komponenta nije ništa drugo do uverenja opisana kao beznadežnost u drugim modelima), doživljaj zarobljenosti u ovim okolnostima, i suicidalna ideacija i namera. Prelazak sa doživljaja poraženosti, preko zarobljenosti do suicidalne ideacije determinisan je situaciono-specifičnim moderatorima (npr. loše socijalne veštine, manjak veština za uspešno rešavanje problema, pristrasnosti u pamćenju, ruminacije, doživljaj nepripadanja, doživljaj osobe da je na teretu drugima, razni stavovi...; O'Connor, 2011). Na samom kraju, da li će suicidalna ideacija/namera da se realizuju kroz letalan ili neletalan pokušaj samoubistva određiće prisustvo još jednog seta moderatora kao što su sposobnost za samoubistvo, impulsivnost, planiranje i pristupnost letalnim sredstvima. Iz ovoga se može zaključiti da su u IMV inkorporirani konstrukti iz ITS. Voljna faza, dakle, predstavlja mehanizam kojim se sa suicidalnosti prisutne na mentalnom planu prelazi na konkretno suicidalno ponašanje. Za sada ostaje da se ovako konceptualizovan model empirijski proveriti. Neki preliminarni rezultati, međutim, dovode u pitanje moderatorsku ulogu pojedinih elemenata modela (Forkmann & Teisman, 2017). Na primer, u istraživanju Forkmana i Tajsmana (Forkmann & Teisman, 2017) nije dobijeno da doživljaj osobe da je na teretu drugima

i doživljaj nepripadanja moderiraju odnos doživljaja zarobljenosti i suicidalne ideacije.

**2.5. Samoubistvo iz evolucione perspektive**

Samoubistvo predstavlja pojavu koja se teško uklapa čak i u evolucionistički kontekst imajući u vidu da se direktno kosi sa reproduktivnim fitnessom (Aubin et al., 2013). Sa druge strane, imajući u vidu da svaka pojava među živim jedinkama uspe da nađe svoje mesto u evolucionoj perspektivi, može se pretpostaviti da postoji opravdan i smislen razlog zašto samoubistvo postoji kao takvo i da postoji nekakva dugoročna dobit po ljudsku vrstu u terminima preživljavanja i reproduktivnosti. Na primer, suicidalne osobe su obično osobe koje su lošeg zdravlja i siromašnih socijalnih kompetencija, sa manjom verovatnoćom nalaženja partnera i ostvarivanja potomstva, pa je po gene srodnika samoubistvo povoljna

pojava (De Cantazaro, 1986). Među prvim autorima koji su ponudili evoluciono objašnjenje samoubistva je de Katanzaro (Gunn, 2017) koji nije ponudio jedan, već četiri modela: (1) Samoubistvo kao nusprodukt učenja i akulturacije, (2) Loše uklapanje organizma u sredinu, (3) Altruističko samoubistvo i (4) Tolerancija samoubistva. Prema prvom modelu, samoubistvo je jedinstven fenomen za ljudsku vrstu i održava se zahvaljujući izvanrednoj sposobnosti učenja koju ljudi poseduju, a koje očito omogućava da se nauče i održe čak i maladaptivni obrasci. Model lošeg uklapanja organizma u sredinu sugerise da, iako je neki genotip možda u potpunosti adaptivan u okruženju u kojem je i nastao, isto ne mora da važi za neku drugu sredinu. Okruženje u kojem danas živimo, preplavljeni brojnim stresorima, u značajnoj meri se razlikuje od sredine u kojoj smo evoluirali. De Katanzaro pretpostavlja da je samoubistvo produkt nepodudaranja



Slika 1. Integrativni motivaciono-voljni model suicidalnog ponašanja.

Adaptirano iz: The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior (O'Connor, 2011), *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* Crisis, 32(6), 296.

savremenog okruženja i genotipa (Gunn, 2017). U literaturi se može naići i na alternativno objašnjenje ovog modela, a to je da mi danas ne vidimo adaptivnu ulogu samoubistva jer se sredina u kojoj živimo drastično promenila u odnosu na onu u kojoj se samoubistvo prvobitno pojavilo, pa je samim tim i ono prestalo da bude u funkciji adaptacije (Aubin et al., 2013). Prema modelu altruističnog samoubistva, samoubistvo, iako destruktivno po samu individuu koja je suicidalna, možda nosi benefite za preostale jedinke u socijalnoj grupi. Međutim, buduća pokolenja osobe koja je izvršila samoubistvo verovatno će kao preživeli poneti gen prosocijalnog suicidalnog ponašanja. Konačno, model tolerancije samoubistva

postulira da je samoubistvo „imuno“ na procese selekcije kojima evolucionarna teorija inače objašnjava razne vidove ponašanja. Naime, prisustvo ozbiljnih simptoma kod suicidalnih osoba bi, prema evolucionim teorijama, trebalo da bude dovoljno da onemogući tim osobama prenos gena na naredne generacije, pa se samoubistvo na neki način čini suvišnim (Gunn, 2017).

Dakle, uprkos nastojanjima da se samoubistvo objasni u kontekstu evolucione paradigme, ukoliko poredimo postojeće modele, i dalje ostaje nerešeno pitanje da li samoubistvo ima nekakvu adaptivnu ulogu ili je, pak, pojava koja prkosi mehanizmima koje evolucionistička perspektiva zagovara.



### 3. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Zbog velike učestalosti samoubistva, postoji velika potreba za empirijski proverljivim teorijama i modelima koji objašnjavaju njegove uzroke, ne bi li se omogućilo bolje predviđanje i efikasno delovanje na polju prevencije. Za sada se čini da je najveća dobit od onih teorija i modela koji prepoznaju samoubistvo kao multifaktorski fenomen. Verovatno najbolju ilustraciju kompleksnosti samoubistva daje Šnajdman navodeći da samoubistvo predstavlja „multidimenzionalnu pojavu koja uključuje biološku, kulturološku, sociološku, interpersonalnu, intrapsihičku, logičku, svesnu, nesvesnu i filozofsku komponentu u različitom stepenu prilikom svakog slučaja samoubistva“ (str. 3) i da je samim tim neophodan multidisciplinarni pristup problemu (Shneidman, 1993). Istovremena potreba za parsimoničnim modelima koji su empirijski proverljivi staje na put ovakvom cilju. Imajući u vidu čak i kompleksne, integrativne psihološke modele i teorije čiji autori naglašavaju važnost multidisciplinarnosti, ukoliko se zadržimo samo na komponentama modela uočićemo da sadrže relativno dobro razrađene psihološke činioce, da u nekoj meri prepoznaju značaj sredinskih uslova, ali da je ovaj aspekt prilično uopšten i pojednostavljen. Drugim rečima, stiče se utisak da se ipak ostaje samo na prepoznavanju važnosti sagledavanja samoubistva u široj slici, ali da za sada ne postoji model koji zaista i uključuje takve elemente (npr. psihološki model koji sadrži konkretne sociološke i ekonomske faktore). Dok se sa jedne strane stiče utisak da smo na dobrom putu ka razumevanju mehanizama koji dovode do suicidalnog ponašanja ako uzmemo u obzir da različite teorije i modeli prepoznaju važnost identičnih faktora (poput beznadežnosti, psihološkog bola, značaja integrisanosti u društvo...), sa druge strane brojke o pokušanim i izvršenim samoubistvima svedoče suprotno. Čini se da je upravo problematično to što tragamo za pravilnostima tretirajući samoubistvo kao jedinstven fenomen, zanemarujući da ne poživaju sva samoubistva na jednakim motivima. Drugim rečima, različiti procesi vode do samoubistva u zavisnosti od toga da li govorimo o ljudima koji pate od alkoholizma/hroničnih bolesti, osobama koje su depresivne ili psihotične, i sl. Kako de Beurs navodi, umesto da se fokusiramo na relativno stabilne i trajne karakteristike za koje postoje neke naznake da osobu dovode u rizik sa suicidalno ponašanje, potrebno nam je više istraživanja koja pokušavaju da identifikuju procese koji su akutno u osnovi suicidalnog ponašanja uzimajući u obzir specifičnost populacije iz koje osoba potiče (Wenzel & Beck, 2008), što je u suprotnosti sa onim za šta se zalažu, na primer, Mekgir i Tureki (McGirr i Turecki,

2007). Predlozi de Beursa (de Beurs et al., 2019, 2021) su vrlo smisleni budući da se on vodi podatkom da mnogi za koje na osnovu nekih personaloških karakteristika pretpostavljamo da su u riziku zapravo nikada ne pokušaju da izvrše samoubistvo.

Uprkos tome što znamo da je samoubistvo proizvod velikog broja faktora rizika koji potiču kako od individue, tako i iz sredine u kojoj ona boravi, čini se da čak i uspešno prepoznavanje pojedinačnih faktora u ovom sistemu i dalje ne daje zadovoljavajuće rezultate zbog velikih interindividualnih varijacija međuodnosa tih faktora. Drugačije govoreći, uprkos sistemskim implikacijama, idiografski pristup bi možda bio smisleniji, pragmatičniji, sa boljom prediktivnošću, što je donekle i u skladu sa Šnajdmanovom definicijom. Za sada, u nedostatku boljeg, kognitivno-bihejvioralni modeli i integrativni modeli se čine kao dosta praktični za terapijske intervencije budući da su konstrukti unutar ovih modela dobro operacionalno definisani i merljivi, što samim tim omogućava praćenje promene.

Konačno, možda kontinuiran neuspeh u predikciji znači da je potrebno da u potpunosti promenimo pristup i način na koji sagledavamo samoubistvo kao fenomen. U tome nam može pomoći relativno nov mrežni pristup koji se koristi za razumevanje raznih psihopatoloških stanja (Borsboom & Cramer, 2013). Ako se mrežni model primeni na koncept samoubistva, suicidalno ponašanje je proizvod međusobnog interreagovanja brojnih faktora rizika koji čine jedan dinamički sistem koji je promenljiv u vremenu (de Beurs et al., 2019, 2021). Faktori rizika i razni simptomi direktno utiču jedni na druge i pod određenim eksternim uslovima njihovi međuodnosi „proizvode“ akutnu suicidalnost. De Beurs i saradnici za sada rade na razvijanju mrežnih modela u koje nastoje da integrišu konstrukte iz dve trenutno vodeće teorije samoubistva - ITS i IMV (de Beurs et al., 2021), a nešto slično je zabeleženo i kod Saulniera i saradnika (in press). Čini se da se na osnovu ovih modela dodatno može zaključivati o validnosti i pouzdanosti konstrukata iz ovih teorija kada je u pitanju procena suicidalnog rizika.

### LITERATURA

- Aubin, H., Berlin, I., & Kornreich, C. (2013). The Evolutionary Puzzle of Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 6873–6886. <https://doi.org/10.3390/ijerph10126873>
- Bani-Fatemi, A., Tasmim, S., Graff-Guerrero, A., Gerretsen, P., Strauss, J., Kolla, N., Spalletta, G., & De Luca, V. (2018). Structural and functional alterations of the suicidal brain:

- An updated review of neuroimaging studies. *Psychiatry Research. Neuroimaging*, 278, 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.05.008>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1–25). The Guilford Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190–195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559–563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- Blumenthal, S. J., & Kupfer, D. J. (Eds.). (1990). *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. American Psychiatric Association.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.1.198>
- Canetto, S. S. & Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Cibis, A., Mergl, R., Bramesfeld, A., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., & Hegerl, U. (2012). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.032>
- Crosby, A.E., Ortega, L., Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Curtin S.C., Warner, M., Hedegaard, H. (2016). Increase in suicide in the United States, 1999–2014. NCHS data brief, no 241. National Center for Health Statistics.
- Dean, P. J., & Range, L. M. (1999). Testing the Escape Theory of Suicide in an outpatient clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 23(6), 561–572. <https://doi.org/10.1023/A:1018728606568>
- de Beurs, D., Bockting, C., Kerkhof, A., Scheepers, F., O'Connor, R., Penninx, B., & van de Leemput, I. (2021). A network perspective on suicidal behavior: Understanding suicidality as a complex system. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 51(1), 115–126. <https://doi.org/10.1111/sltb.12676>
- De Beurs, D., Fried, E. I., Wetherall, K., Cleare, S., O' Connor, D. B., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O' Connor, R. C. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory driven network analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103419. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103419>
- deCatanzaro, D. (1986). A mathematical model of evolutionary pressures regulating self-preservation and self-destruction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16(2), 166–181. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1986.tb00350.x>
- Draper, E. (1976). A developmental theory of suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 17 (1), 63-80.
- Forkmann, T., & Teismann, T. (2017). Entrapment, perceived burdensomeness and thwarted belongingness as predictors of suicide ideation. *Psychiatry Research*, 257, 84–86. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.031>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(234), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 237-258.
- Gunn, J. F. III. (2017). The social pain model: Understanding suicide through evolutionary psychology [Editorial]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(5), 281–286. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000510>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Buchman-Schmitt, J. M., Chu, C., & Hom, M. A. (2017). A Sociobiological Extension of the Interpersonal

- Theory of Suicide. *Crisis*, 38(2), 69–72. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000463>
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L., & McKeon, R. (2007). Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the national suicide prevention lifeline. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 37(3), 353–365. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.353>
- Jollant, F., Lawrence, N. S., Giampietro, V., Brammer, M. J., Fullana, M. A., Drapier, D., Courtet, P., & Phillips, M. L. (2008). Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *The American Journal of Psychiatry*, 165(6), 740–748. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081239>
- Kercher, A., & Rapee, R. M. (2009). A test of a cognitive diathesis-stress generation pathway in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 845–855. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9315-3>
- Klein M (1935). A contribution to the pathogenesis of manic-depressive states. In M. Klein (Ed.), *Love Guilt, and Reparation* (pp. 262–305). Virago Press Ltd.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2017). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Lester, D. (1995). Thwarting Disorientation and Suicide: An Examination of Naroll's Theory of Suicide. *Cross-Cultural Research*, 29(1), 14–26. <https://doi.org/10.1177/106939719502900103>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Maris R. W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 319–326. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09556-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09556-9)
- McGirr, A., & Turecki, G. (2007). The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 9(6), 460–466. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0062-2>
- Menninger, K. (1938). *Man Against Himself*. Harcourt, Brace and Company.
- O'Connor, R.C. (2011a). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In O'Connor, R.C. Platt, S. & Gordon, J. (Eds.). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy & Practice* (pp.181-198). Wiley-Blackwell.
- O'Connor R. C. (2011b). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- Rappaport, L. M., Flint, J., & Kendler, K. S. (2017). Clarifying the role of neuroticism in suicidal ideation and suicide attempt among women with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 47(13), 2334–2344. <https://doi.org/10.1017/S003329171700085X>
- Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J. T. (2021). Psychoanalytic theories Historical overview and empirical evidence. U D. Wasserman, C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, 2nd ed. (pp. 147 – 158). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0020>
- Rudd M. D. (2000). The suicidal mode: a cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 30(1), 18–33.
- Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001). *Treating Suicidal Behavior. An Effective, Time-Limited Approach*. The Guilford Press, New York.
- Saulnier, K. G., Volarov, M., Velimirovic, M., Bauer, B. W., Kolnogorova, K., Ashrafioun, L., Stecker, T., & Allan, N. P. (in press). Risk factors of suicidal behaviors in a high-risk longitudinal veteran sample: A network analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior*. Rowman & Littlefield Publisher, Inc.
- Troister, T., & Holden, R.R. (2010). Comparing psychache, depression and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Sheidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 7, 689–693.
- Troister, T., D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2015). Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological Assessment*, 27(4), 1500–1506. <https://doi.org/10.1037/pas0000126>
- van Heeringen, K. (2012). Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. In Dwivedi Y (Ed.). *The Neurobiological Basis of Suicide*, (Chapter 6). CRC Press/Taylor & Francis. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107203/>
- van Heeringen, C., Bijttebier, S., & Godfrin, K. (2011). Suicidal brains: a review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 688–698. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.08.007>

van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: theory and threatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>.

Williams, J.M.G, & Pollock, L. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. In K. van Heeringen (Ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. Wiley.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A Global Imperative. Retrieved April 6, 2021 from [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

World Health Organization. (2021). Suicide. Retrieved April 6, 2021 from [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/)

Prilog 1

Instrument za procenu suicidalnog rizika razvijen na osnovu Interpersonalne teorije samoubistva

Znaci opasnosti → izveštavanje o suicidu, agitiranost, insomnija, košmari, socijalno

Procena suicidalne želje i ideacije:	
1	Da li ste pomišljali na samoubistvo (razmišljali o tome da se ubijete)? Recite mi nešto više o tome.
2	Da li razmišljate o tome kako želite da Vas nema?
3	<b>Doživljaj nepripadanja:</b> Da li se osećate povezanim sa drugim ljudima? Da li živite sami? Da li imate nekoga koga biste pozvali kada se osećate loše? [potpuno odsustvo podrške?]
4	<b>Doživljaj osobe da je na teretu:</b> Ponekad ljudi misle: „Ljudima oko mene bi bilo bolje kada mene ne bi bilo.“ Da li Vi razmišljate na takav način?

Procena stepena odlučnosti, isplaniranosti i pripreme:	
5	<b>Trajanje</b> [okupiranost]: Kada Vam se javljaju ove misli, koliko dugo obično traju?
6	<b>Namera:</b> Koliko je jaka Vaša namera da se ubijete? (0 – odsustvo namere, 10 – apsolutna odlučnost)
7	<b>Prethodno suicidalno ponašanje:</b> Da li ste pokušali samoubistvo u prošlosti? Koliko puta? Na koji način? Šta se dogodilo (npr. hospitalizacija)? Suicid u porodici?
8	<b>Nesuicidalno samopovređivanje:</b> Da li ste ikada namerno sebi naneli fizičku povredu sečenjem, paljenjem, ili na neki drugi način?
9	<b>Plan</b> [proceniti stepen uživljenosti, detaljnosti]: Da li ste isplanirali na koji način biste sebi oduzeli život?
10	<b>Sredstva i prilike:</b> Da li imate [tablete, pištolj, šta god osoba navodi kao metod kada govori o planu]? Da li mislite da ćete biti u prilici da realizujete plan?
11	Da li ste se <b>pripremili</b> za pokušaj samoubistva? [npr. kupili dovoljnu količinu tableta]
12	Da li znate kada ćete sprovesti svoj plan u delo?
13	<b>Neustrašivost:</b> Da li osećate da ste u stanju da izvršite samoubistvo? Da li se plašite? (0 – veoma uplašen, 10 – odsustvo straha) Koliko za vas važi sledeće: Ne plaše me stvari kojih se plaše drugi ljudi. Mogu da tolerišem mnogo više bola nego drugi ljudi. Izbegavam određene situacije za koje procenjujem da su rizične i da se mogu povrediti.

Procena „drugih znakova od značaja“:	
14	<b>Precipitirajući stresori:</b> Da li Vam se od skoro dogodilo nešto naročito stresno? [smrt bliske osobe; razvod; ozbiljan raskid veze; gubitak posla]
15	<b>Beznadežnost:</b> Da li se osećate beznadežno?
16	<b>Impulsivnost:</b> Šta radite kada se osećate loše, kako se nosite sa tim? Ponekad ljudi kada se osećaju lose rade neke impulsivne stvari ne bi li se osećali bolje. Da li Vam se to nekada dogodilo? [npr. nanošenje povreda sečenjem, alkohol, bežanje, prejedanje, promiskuitet, fizička agresivnost, krađe]
17	<b>[Prisustvo psihopatologije: ocenjeno od strane intervjuera]</b>

Kategorizacija rizika:

nizak  umeren  ozbiljan  ekstrem

NIZAK RIZIK:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoba kod koje nisu identifikovani simptomi suicidalnosti</li> <li>Osobe sa višestrukim pokušajima suicida koje nemaju nijedan drugi faktor rizika <b>III</b></li> <li>Osobe koje do sada nisu pokušavale samoubistvo, a izveštavaju o suicidalnoj ideaciji blagog intenziteta i trajanja, potpuno odsustvo ili blagi simptomi koji ukazuju na postojanje planai pripreme i odsustvo ili mali broj drugih znakova od značaja.</li> </ul>
UMEREN RIZIK:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Osobe sa istorijom višestrukih pokušaja samoubistva kod kojih je zabeležen bilo koji od drugih znakova od značaja <b>III</b></li> <li>Osoba bez istorije pokušaja samoubistva sa identifikovanim umerenim do ozbiljnim simptomima iz odeljka za procenu stepena odlučnosti, planiranja i pripreme <b>III</b></li> <li>Osoba bez istorije pokušaja samoubistva sa identifikovanim umerenim do ozbiljnim simptomima u kategoriji suicidalne želje i ideacije (uz blage ili potpuno odsustvo simptoma iz odeljka za procenu</li> </ul>

stepena odlučnosti, planiranja i pripreme) i najmanje dva druga značajna faktora rizika (znaka od značaja)	
<b>VISOK RIZIK:</b>	
<b>OZBILJAN</b>	<b>EKSTREMAN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoba sa istorijom višestrukih pokušaja samoubistava sa bilo koja dva ili više faktora rizika (znakova od značaja)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoba sa istorijom višestrukih pokušaja samoubistava sa izraženim simptomima iz odeljka za procenu stepena odlučnosti, planiranja i pripreme</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoba bez istorije pokušaja samoubistava sa identifikovanim umerenim do ozbiljnim simptomima iz odeljka za procenu stepena odlučnosti, planiranja i pripreme i još najmanje jednim faktorom rizika iz drugih odeljaka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoba bez istorije višestrukih pokušaja samoubistava sa izraženim simptomima iz odeljka za procenu stepena odlučnosti, planiranja i pripreme i još dva ili više faktora rizika iz drugih odeljaka</li> </ul>

**Sprovedeni koraci:**

- Nastavlja se praćenje pacijenta
- Dati su brojevi hitnih službi
- Dogovorene su provere telefonom

- Predložena je psihoterapija
- Coping* karta/antisuicidalni ugovor
- Konsultacije sa supervizorom
- drugo: \_\_\_\_\_

**Marija Volarov**, Fakultet za sport i psihologiju, Radnička 30a, Novi Sad,  
e-mail adresa: marija.volarov@tims.edu.rs