

Psihosocijalne odrednice samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji

Franić, Tomislav

Doctoral thesis / Disertacija

2012

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:676739>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

MEDICINSKI FAKULTET

Tomislav Franić, dr. med.

**PSIHOSOCIJALNE ODREDNICE SAMOUBILAČKIH PROMIŠLJANJA U RANOJ
ADOLESCENCIJI**

Doktorska disertacija

Split, 2012.

Rad je izrađen u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Split

Voditelj rada je Prof. dr.sc. Goran Dodig, dr. med.

Rad ima: 124 stranice

3 slike

12 tablica

Ovaj rad je posvećen Ivani i Frani koji su trpjeli tijekom njegove izrade, čak i kad mi je to bio samo izgovor, pružali podršku, ali i prijetili kad su vidjeli da se ne nazire kraj.

Zahvaljujem se svom mentoru, Prof.dr.sc. Goranu Dodigu, dr.med., na savjetima, pomoći i vodstvu tijekom izrade rada.

SADRŽAJ PREMA POGLAVLJIMA	str.
1 Popis oznaka i skraćenica	7
2 Uvod	9
2.1 Pregled dosadašnjih spoznaja u okviru predložene problematike	9
2.1.1 Samoubilačka promišljanja	9
2.1.2 Adolescencija i rana adolescencija	20
2.1.3 Činitelji povezani sa samoubilačkim promišljanjima u adolescenciji	25
3 Problematika istraživanja	28
4 Ciljevi i svrha istraživanja	30
5 Hipoteza	31
6 Metode i ispitanici	32
6.1 Ispitanici	32
6.2 Vremenski okvir, način provođenja i etički aspekti	33
6.3 Mjere	34
6.3.1 Samoubilačka promišljanja	34
6.3.2 Sociodemografski upitnik	34
6.3.3 Stavovi	35
6.3.4 Rizična ponašanja	35
6.3.5 Osobine ličnosti	36
6.3.6 Depresivnost	37
6.4 Statistička obrada	38

7	Rezultati	39
	7.1 Prevalencija samoubilačkih promišljanja	39
	7.2 Usporedba adolescenata sa samoubilačkim promišljanjima i adolescenata bez samoubilačkih promišljanja	41
	7.2.1 Sociodemografske karakteristike	41
	7.2.1.1 Obiteljski obrazovni i socioekonomski status	41
	7.2.1.2 Obiteljska struktura	44
	7.2.1.3 Doživljaj obiteljskih odnosa, kohezije i kontrole	47
	7.2.1.4 Roditeljsko sudioništvo u Domovinskom ratu	50
	7.2.1.5 Stav prema školi	52
	7.2.1.6 Religioznost	54
	7.2.1.7 Rizična ponašanja	56
	7.2.2 Osobine ličnosti	60
	7.2.3 Depresivnost	63
	7.3 Multivarijantna analiza podataka	65
8	Rasprava	68
	8.1 Učestalost samoubilačkih promišljanja	68
	8.2 Samoubilačka promišljanja, obiteljska struktura, te doživljaj obiteljskih odnosa, kohezije i kontrole	69
	8.3 Samoubilačka promišljanja i roditeljsko sudioništvo u Domovinskom ratu	71
	8.4 Samoubilačka promišljanja, dimenzije ličnosti i neki stavovi	73
	8.5 Samoubilačka promišljanja i depresivnost	75
	8.6 Samoubilačka promišljanja i rizična ponašanja	75
	8.7 Samoubilačka promišljanja, specifične spolne razlike i obrasci	77
	8.8 Prednosti i ograničenja istraživanja	81

9	Zaključci	83
10	Znanstveni doprinos i klinička primjena	84
11	Sažetak	85
12	Summary	87
13	Popis literature	88
14	Životopis	104
15	Napomena	118
16	Dodatak - Ispitna lista	119

1. POPIS OZNAKA I SKRAĆENICA

AQoL Assessment of Quality of Life, Procjena kvalitete života

C-CASA Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment, Columbia
klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja

C-CSSRS Columbia Suicide Severity Rating Scale, Columbia ocjenska ljestvica
ozbiljnosti suicidalnosti

CDC Center for Disease Control and Prevention Američki centar za kontrolu i prevenciju
bolesti

CDI Children Depression Inventory Ljestvica dječje depresivnosti

CROSTAT Državni statistički zavod RH

DSM-IV Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV revision, Dijagnostički i
statistički priručnik za duševne poremećaje Američkog psihijatrijskog udruženja

JEPQ Junior Eysenck Personality Questionnaire Eysenckov upitnik ličnosti za djecu

- **N** pod-ljestvica neuroticizma
- **P** pod-ljestvica psihoticizma
- **Ex-I** pod-ljestvica ekstraverzija intraverzija
- **C** pod-ljestvica kriminaliteta
- **L** pod-ljestvica laži ili socijalno poželjnih odgovora

OR odds ratio, omjer izgleda

SF-36 Short-form Health-related Quality of Life, Kratki upitnik kvalitete života vezane uz zdravlje

SP samoubilačka promišljanja

WHO-HBSC World Health Organization-Health Behavior in School Aged Children

Upitnik zdravstvenog ponašanja kod djece školske dobi Svjetske zdravstvene organizacije

2. UVOD

2.1 Pregled dosadašnjih istraživanja i spoznaja u okviru predložene problematike

2.1.1 Samoubilačka promišljanja

Samoubilačka promišljanja (SP) su samo dio kontinuuma u razmišljanju i ponašanju koji se proteže od nerazmišljanja o smrti, preko takvog razmišljanja, pasivnog ili aktivnog planiranja, pokušaja i konačno do izvršenja samoubojstva (1, 2). U svojoj knjizi *Definition of suicide* (1977.), E. Shneidman određuje dva bitna obilježja suicida – namjeru i motivaciju, te kaže da je suicid svjestan samouništavajući čin, a proizlazi iz brojnih slabosti koje osoba ne može razriješiti na drugi način (3).

Samoubilačka ponašanja, osobito samoubojstvo, traže hitnu intervenciju (4), predstavljaju katastrofalni izazov za involvirane pojedince, profesionalce koji se tim problemom bave kao i veliki javnozdravstveni problem širom svijeta (5-7).

Psihosocijalni pogled na samoubilačko ponašanje, uključuje i potragu za individualnim psihološkim karakteristikama osoba u vječnoj nadi pronalaska profila koji bi bio patognomoničan. Nažalost, profil pojedinaca koji iskazuju različita samoubilačka ponašanja varira. Tipičan adolescent koji pokušava samoubojstvo je djevojka koja uzme veću količinu lijekova kod kuće i u nečijoj nazočnosti, dok je tipičan samoubojica mladić koji to počini vatrenim oružjem (8), stoga nije moguće izjednačiti one koji pokušaju s onima koji suicid izvrše.

U prilog tvrdnji da je suicid širi društveni problem koji nadilazi granice medicinskog, odnosno biološkog pogleda ide činjenica da je jedna od najznačajnijih osoba s početaka suicidologije sociolog Emil Durkheim. On je utemeljitelj psihosociološke teorije samoubilačkih ponašanja koja je u svom djelu *Suicid* (1897.) svrstao u četiri kategorije: egoistična, altruistična anomična i fatalistična (9, 10). Sociološke teorije suicidalno ponašanje

ne promatraju samo kao individualni čin već kroz interakciju pojedinca i društva. Egoistično samoubilačko ponašanje je ono koje proizlazi iz gubitka socijalnog interesa ili neadekvatne socijalne integracije; altruistično samoubilačko ponašanje je ono koje za cilj ima doprinos postizanju ciljeva skupine; anomično samoubilačko ponašanje je karakteristično za vrijeme velikih dezintegrativnih društvenih promjena, a fatalistično samoubilačko ponašanje proizlazi iz nemoći da se upravlja vlastitim životom (9)

Nedugo nakon sociologa suicidom se počinja baviti i psihoanalitičari. Prema Freudu postoji destruktivni nagon (*thanatos*, instinkt smrti), koji se objašnjava kao biološki određena sklonost ka samouništavanju. Freudova teorija autoagresije objašnjava se kao rezultat identifikacije (poistovjećivanja) ega s uključenim voljenim objektom koji je napušten ili izgubljen (9). Prema Freudu, autodestruktivni procesi kulminiraju u stanje depresije i suicidalnog ponašanja. Ovi procesi imaju korijen u patološkom žalovanju, gdje postoji ambivalencija (ljubav i mržnja istodobno) prema izgubljenom objektu pa se ljutnja prema izgubljenoj osobi okreće u jednom trenutku prema unutra, često u obliku sadističkog samokažnjavanja (tzv. ubojstvo na 180 stupnjeva). Karl Menninger, koji je zaslužan za pojam kroničnog i parcijalnog suicida (alkoholizam, ovisnosti o drogama), razradio je Freudovu postavku i ustanovio tezu o trijasi prisutnom u suicidu: želja da se ubije (ego-agresija okrenuta unutra), želja da se bude ubijen (superego-autoagresija koja proizlazi iz osjećaja krivnje) i želja za smrću (9).

Kognitivni modeli autoagresivnog ponašanja uključuju iskrivljena uvjerenja, modele razmišljanja koja označavaju negativizam i rigidnost, emocionalnu pratnju kognitivnih uvjerenja uz dominirajući pesimizam, sklonost katastrofiziranju uz misaone procese obilježene negativnom atribucijom, pogrešne generalizacije, selektivnu memoriju i poteškoće u stvaranju alternativnih rješenja (11).

Rudd je primijenio Beckov kognitivni konstrukt depresije na sustav vjerovanja suicidalnih osoba(12):

- moj život je bez nade (beznadnost);
- ne zaslužujem živjeti (nevoljenost);
- ne mogu razriješiti problem (bespomoćnost);
- bol je neizdrživa (slaba tolerancija).

Model socijalnog učenja suicidalnog ponašanja govori da se ono može usvojiti kroz izravnu ili neizravnu izloženost osobama koje iskazuju takovo ponašanje (13).

Iako postoje vrlo različiti teoretski modeli i pristupi objašnjavanju suicidalnog ponašanja moguće je primijetiti neke zajedničke karakteristike. Prva zajednička karakteristika je osjećaj neizbježnosti suicida kao neminovnog i jedinog rješenja. To dokazuje i istraživanje oproštajnih pisma samoubojica koje je proveo Pilić na području Splita i okolice u kojemu značajan broj samoubojica različite dobi vidi samoubojstvo kao neizbježan čin (14).

Druga zajednička karakteristika je da niz istaknutih teoretičara smatra da je u korijenu samoubilačkih ponašanja psihološka bol. Uz Ruuda i isticanje neizdržive boli (12), Shneidman se koristi engleskim pojmom *psychache* koji označava nepodnošljivu psihičku bol (15), a Joiner se referira na kombinaciju osjećaja opterećenosti i nepripadanja (socijalna nepovezanost, izoliranost i odbačenost) (16).

Pojedinci u procesu razmišljanja o suicidu ili pokušaju suicida često u biti ne žele toliko umrijeti koliko žele da prestane patnja (15). U brojnim slučajevima njihovi brojni i različiti pokušaji da umanje svoju bol nisu uspješni. Posljedično mogu gledati na smrt kao jedino operativno rješenje. To znači da djeca angažirana u samoubilačkim ponašanjima često traže olakšanje od patnje koja je dugotrajna, intenzivna, neublaživa te percipirana kao neizdrživa (8). Psihološka bol, sama za sebe; nije dovoljna no udružena sa željom za smrću i

sposobnošću adolescenta da se angažira u visoko letalnim suicidalnim ponašanjima značajno povećava rizik suicidalnosti (16).

Iako je ovaj rad usmjeren na psihosocijalne aspekte neletalnih suicidalnih ponašanja potrebno je naglasiti da danas prevladava biopsihosocijalni model suicidalnosti, odnosno stres dijateza model suicidalnosti (17) (Slika 1). Model govori da postoji predispozicija za suicidalnost na što se nadovezuje stres. Predispozicija uključuje distalne i proksimalne činitelje.

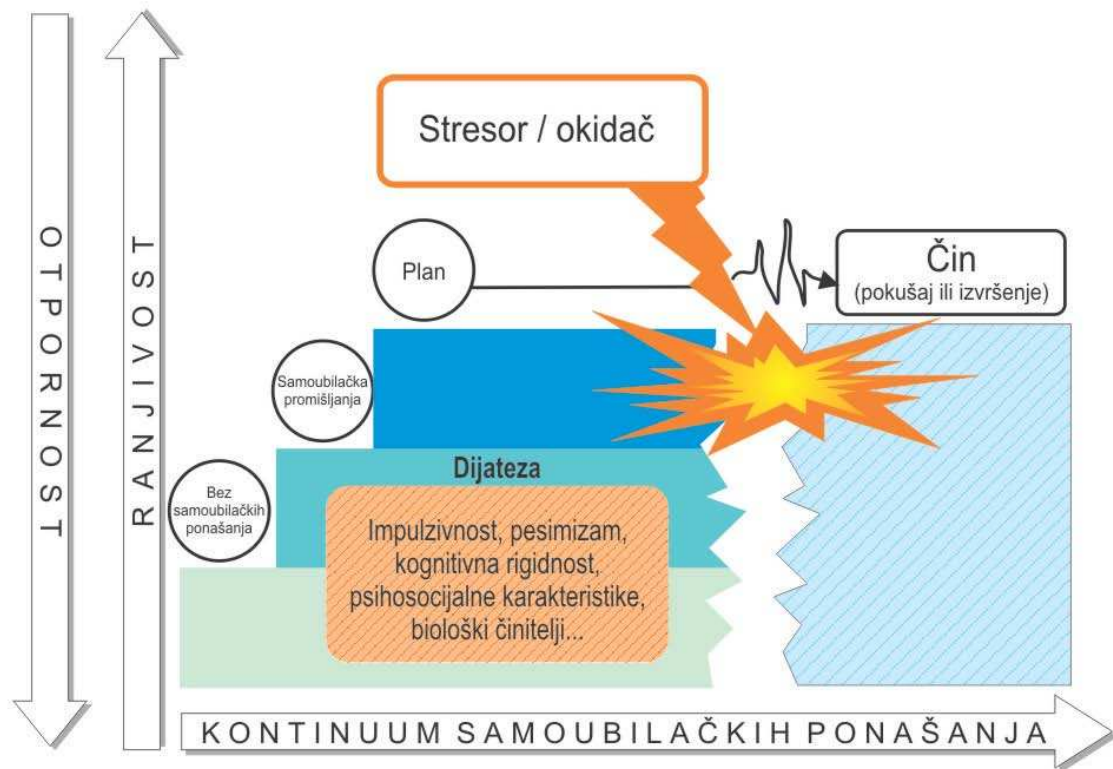
Distalni činitelji su:

- genetsko opterećenje
- karakteristike osobnosti (impulzivnost i agresivnost)
- perinatalni utjecaji
- rana traumatska životna iskustva
- neurobiološka neuravnoteženost (hiposerotoninergija, hiperaktivnost osi hipotalamus – hipofiza)

Proksimalni činitelji su:

- psihičke bolesti
- tjelesne bolesti
- psihosocijalna kriza
- dostupnost sredstva
- izloženost obrascu

Slika 1 Prikaz dijateza-stres modela suicidalnog ponašanja (Prema Holmes i Rahe, 1967)



Kao što je već kazano, samoubilačka ponašanja se nalaze na kontinuumu, ali ona se ne javljaju nužno sekvencijalno, u točno određenom redoslijedu. To znači da suicidalni adolescent ne mora sukcesivno proći kroz, ili iskazivati sva ponašanja. Također jedan oblik samoubilačkog ponašanja ne isključuje pojavu drugog u istom vremenskom intervalu (8). Treba uzeti u obzir i činjenicu da se prilikom prolaska kroz taj kontinuum učestalost ponašanja smanjuje, ali se pojačava njegova opasnost i rizik smrtnog ishoda (18).

Na području istraživanja samoubilačkih promišljanja, u osnovi, ne postoji jednoglasan stav u pogledu terminologije. Sasvim je jasno da se ne može povući jednoznačna granica suicidalnost vs. nesuicidalnost. U istraživačkim krugovima postoji jaka potreba da se samoubilačko ponašanje terminološki razvrsta. Jedan od recentnijih i široko prihvaćenih pokušaja je na tom području je Columbia klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja (engl. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment – C-CASA) (19). Ovaj sustav je razvijen na Psihijatrijskom institutu američkog sveučilišta Columbia. Razvijen je prvenstveno za potrebe kliničkih istraživanja, no može se primijeniti i u kliničkom okruženju. Sam algoritam uključuje raspon različitih manifestacija suicidalnog ponašanja u rasponu od lakših do teških oblika.

C-CASA ima osam kategorija suicidalnosti , podijeljenih u tri cjeline:

1. Suicidalni događaji

- počinjeni suicid
- pokušaj suicida, uz želju za smrću
- pripremne aktivnosti za pokušaj suicida ili zaustavljeni pokušaj suicida (od osobe same ili okoline), uz prijetee suicidalno ponašanje
- suicidalne ideje odnosno samoubilačka promišljanja

2. Nesuicidalni događaji

- samoozljeđujuće ponašanje, bez suicidalne namjere

- ostala ponašanja, bez namjere samoozljeđivanja, npr. slučajno samoozljeđivanje
- 3. Neodređeni ili mogući suicidalni događaji
- samoozljeđujuće ponašanje, suicidalna namjera nepoznata
- suspektno samoozljeđujuće ponašanje, bez dovoljno podataka.

Kao što je razvidno, samoubilačka promišljanja su u ovoj klasifikaciji svrstana u suicidalne događaje.

Na temelju C-CASA algoritma razvijen je i odgovarajući instrument Columbia ocjenska ljestvica ozbiljnosti suicidalnosti (engl. Columbia Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS)

(20). Prema C-SSRS samoubilačka promišljanja se dijele na

1. Želja da se bude mrtav (Jesi li ikada razmišljao o tome da si mrtav, ili imao želju da zaspeš i više se ne probudiš?)
2. Nespecifične aktivne suicidalne misli (općenite, nespecifične misli o tome da se oduzme vlastiti život – Jesi li ikad razmišljao o tome da se ubiješ?)
3. Aktivna samoubilačka promišljanja s bilo kojom metodom, ali bez namjere da se djeluje (npr. razmišljao sam o tome da se predoziram, ali nikad nisam imao stvaran plan o tome kako, kada ili gdje da to napravim).
4. Aktivna samoubilačka promišljanja s nekom razinom namjere da se djeluje, ali bez specifičnog plana (Suprotno od „Imao sam misli o tome da se ubijem, ali nikada to ne bih napravio“)
5. Aktivna samoubilačka promišljanja sa specifičnim planom i namjerom (misli o samoubojstvu s djelomično ili potpuno razrađenim planom i s barem određenom razinom namjere).

Do sada objavljeni podatci o učestalosti SP tijekom adolescencije su nekonzistentni, što je vjerojatno posljedica značajnih metodoloških razlika u definiranju SP, karakteristikama ispitivane populacije (klinički, neklinički uzorak, homogenost uzorka po dobi) i konačno

promatranog vremenskog okvira pojave SP (21, 22). Prevalencija SP u adolescenata u dobi od 14 do 19 godina prema nekim istraživanjima ide i do 50 % i to u neposrednom civilizacijskom okružju poput Slovenije (23). U slučaju ako SP definiramo samo kao razmišljanje o samoubojstvu (pozitivan odgovor na pitanje „Jesi li ikada razmišljao o samoubojstvu?“) pronađena prevalencija u adolescenata u dobi od 11 do 15 godina bila je oko 30% (24). Djevojke obično imaju veću učestalost SP (23, 25-36). Ferguson i suradnici su pregledom niza istraživanja pronašli da je medijan prevalencije SP u nekliničkoj populaciji adolescenata 26% (35).

Što se RH tiče, postoji istraživanje koje je i bilo jedan od povoda za izradu ovog rada. Dodig i suradnici su 2002, godine proveli istraživanje pod nazivom „Depresivnost mlađe adolescentne dobi“(37). U tom istraživanju je korištena Ljestvica dječje depresivnosti (38). Riječ je o instrumentu koji sadrži česticu koja se odnosi na suicidalnost i ima tri moguća odgovora:

- Ne razmišljam o tome da se ubijem;
- Razmišljam o tome da se ubijem ali ne bih to učinio;
- Želim se ubiti.

Istraživanje je obuhvatilo 415 učenika osnovnih škola s područja Splita, prosječne dobi 12,4 godina što odgovara ranoj adolescentnoj dobi. 10,8% ispitanika je odabralo odgovor Razmišljam o tome da se ubijem, ali ne bih to učinio, a 1,9% odgovor Želim se ubiti. To daje ukupno 12,7% učenika s određenom razinom suicidalnosti. Budući da je istraživanje bilo usmjereno na depresivnost nisu istraživani specifični činitelji koji bi bili povezani sa suicidalnosti. Također čestica se nalazi unutar ljestvice koja mjeri depresivnosti i teško bi bilo izlučiti suicidalnost kao neovisan činitelj, neopterećen depresivnošću. Nije rađena ni zasebna analiza po spolu.

Do sada navedeni podaci ukazuju da su SP česta pojava u nekliničkoj populaciji adolescenata. Ne čudi stoga što neki autori promišljaju da ova pojava možda samo predstavlja normativnu i prolaznu razvojnu pojavu u adolescenciji, dapače velika učestalost promišljanja može ići u prilog afirmaciji života i služiti kao imunizacija protiv suicidalnosti (39).

Ipak, iako će većina adolescenata sa SP odrasti bez vidljivih znakova psiholoških smetnji, niz istraživanja ukazuje da su SP pokazatelj trenutnog ili budućeg subjektivnog distresa, socijalnog i radnog onesposobljenja i prediktor duševnih poremećaja (23, 33, 40-54)

Premda će tek jedan od 2000 i više adolescenata sa SP i počiniti suicid (40), ova su promišljanja, uz ponašanja, najsnažniji prediktor izvršenja samoubojstva (35, 41, 43, 48). Samoubilački fenomeni, uključivo i SP, mogu biti krajnji ishod postojećih i dugotrajnih poteškoća (52, 55). Povezani su s aktualnim psihijatrijskim poremećajima, osobito depresijom (47, 50, 56). Postoji i povezanost SP i oponirajućeg poremećaja i poremećaja ponašanja (44).

Osim definiranih psihijatrijskih poremećaja, SP su povezana i s općenito slabijom zdravstvenom kvalitetom života i psihosocijalnim distresom mjereno većom uporabom zdravstvenih usluga i većim rezultatima na instrumentima za mjerenje kvalitete života poput Kratke ljestvice za procjenu kvalitete života vezane za zdravlje (engl. Short-form Health-related Quality of Life – SF-36) i Ljestvice za procjenu kvalitete života (engl. Assessment of Quality of Life – AQoL) (23, 46). Nadalje, pokazalo se da bihevioralni, emocionalni i psihosocijalni problemi u osoba sa suicidalnim rizikom pokazuju prilično stabilan obrazac od predadolescencije pa sve do odrasle dobi (49, 53).

Longitudinalna istraživanja su također pokazala značajnu prediktivnu vrijednost SP. Adolescenti koji iskazuju SP u dobi od 15 godina, nakon 3 godine su imali široki raspon oštećenja u psihosocijalnom funkcioniranju, poput nižeg samopoštovanja, veće razine interpersonalnih problema, veće razine klinički izraženih i internalizirajućih i eksternalizirajućih smetnji (33). Petnaestogodišnje praćenje je pokazalo značajnu razliku

između adolescenata sa i bez SP i to u oba spola u dobi od 30 godina. Ispitanici sa SP su imali dvostruko veću šansu da razviju duševni poremećaj iz osi I prema četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti (engl. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM – IV) (57); 12 puta veću učestalost pokušaja suicida, više problema u ponašanju i slabije sveukupno funkcioniranje (51). Za osobe koje su iskusile SP u predadolescenciji ili ranoj adolescenciji postoji povišen rizik psihopatološkog i abnormalnog psihosocijalnog funkcioniranja u ranoj mladosti čak i u odsutnosti aktualnih SP (54).

Uzimajući u obzir ove alarmantne podatke gotovo je nevjerovatna razina naše nesvjesnosti ili ignoriranja: 50% roditelja nije svjesno suicidalnosti u vlastite djece (58), a do 77% liječnika primarne zaštite ne radi probir svoje populacije na suicidalnost (59). Koliko je suicidalnost tajnovit fenomen govore podatci da 85% adolescenata nikome ne otkriva svoja samoubilačka promišljanja, a 30-60% nikome ne otkriva svoj pokušaj samoubojstva od kojih je samo 10% poznato roditeljima (60).

Razlog ovome možda leži u strahu kojeg imaju i mnogi stručnjaci, a odnosi se na vjerovanje da bi raspitivanje o samoubilačkim idejama moglo pacijentu ili ispitaniku usaditi u glavu ili mu prihvatljivijom učiniti ideju o samoubojstvu. Još su Beck i suradnici pronašli da ohrabrivanje govorenja o svojim SP obično depresivnim pacijentima pomaže da ih sagledaju objektivnije, pruža potrebne informacije za osmišljavanje terapijskog plana, a i samo po sebi pruža određenu mogućnost olakšanja (61). Također, nema empirijskih dokaza da propitivanje suicidalnosti u adolescenata može pojačati rizik od suicidalnosti. Ne postoji jatrogeni učinak probira na suicidalnost kod adolescenata, te je takav probir sigurna sastavnica preventivnih antisuicidalnih programa (62). Dokazi upućuju da adolescenti koji dobiju mogućnost i sposobni su otvoreno razgovarati o suicidalnosti sa starijom osobom od povjerenja imaju pozitivniji ishod (8).

Drugi mogući razlog male pouzdanosti heteroanamnestičkih iskaza je i činjenica da su okolina, obitelj, pa čak i terapeut svjesni samo onih činitelja koji bi (barem s njihove točke gledišta) trebali u pacijenta podržavati njegovu želju za životom (61).

Navedeni podatci jasno upućuju da SP trebaju biti u središtu istraživanja i intervencije, kako na individualnom tako i na općem, javnozdravstvenom planu, pri čemu se to može bolje postići identifikacijom specifičnih rizičnih činitelja negoli pokušavajući direktno identificirati djecu koja će najvjerojatnije pokazati samoubilačka ponašanja (63).

2.1.2 Adolescencija i rana adolescencija

Istraživački se često bave pitanjem zašto je uopće važno propitivati samoubilačka promišljanja u periodu kao što je adolescencija. Osim namjere i motivacije za procjenu suicidalnost određenog ponašanja potrebna je i svijest o konačnosti i ireverzibilnosti umiranja. Postoje dokumentirani pokušaji, pa čak i uspješna samoubojstva djece u dobi od 5 godina uz jasno postojanje potrebnih elemenata poput motivacije, namjere i svjesnosti o konačnosti čina (64). Unatoč tim iznimkama postoji jak otpor klasificiranju tih događaja kao suicidalnih, a što je utemeljeno na razvojnoj teoriji da djeca mlađa od deset godina ne mogu shvatiti konačnost smrti (64-66).

Adolescencija je proces socijalnog sazrijevanja koji je oblikovan i određen interakcijom složenih bioloških, kulturalnih, ekonomskih i povijesnih sila. Prema američkom Centru za kontrolu i prevenciju bolesti (engl. Center for Disease Control and Prevention – CDC) (67) adolescencija se dijeli na ranu (11-14 godina), srednju (15-17 godina), te kasnu (18- rane 20-te godine).

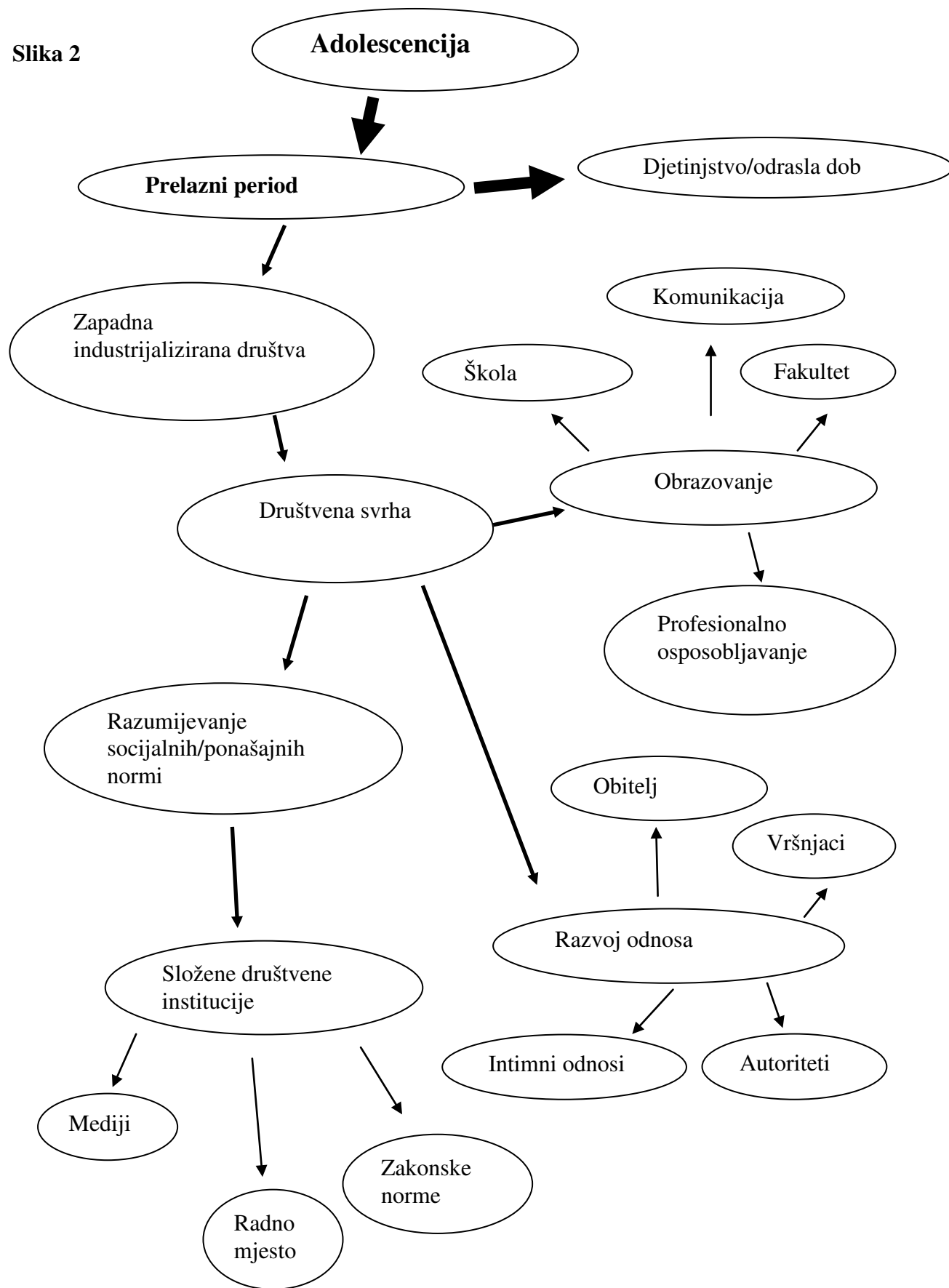
Izuzetno burno adolescentno razdoblje se nastavlja na relativno mirni period latencije i pred adolescenta predstavlja brojne zahtjeve (Slika 2). Riječ je o jedinstvenoj i karakterističnoj prelaznoj fazi, dugačkoj desetak godina, u kojoj mlada osoba više nije dijete, ali ni potpuno odrasla, već je u različitoj mjeri suočena s izazovima, privilegijama i očekivanjima obje epohe. Najveći paradoks i izazov adolescencije je činjenica da adolescenti puno prije dosežu tjelesnu i spolnu, negoli kognitivnu i emocionalnu zrelost (68). Brojne fizičke, hormonalne, neurobiološke i kognitivne promjene pred adolescenta postavljaju niz obvezujućih zadataka kao što su:

- Razvoj zadovoljavajuće i realistične slike vlastitog tijela
- Postizanje neovisnosti o roditeljima i sposobnosti skrbljenja o sebi
- Razvoj zadovoljavajućih odnosa izvan obitelji

- Razvoj prikladne kontrole i ekspresije narastajućih spolnih i agresivnih poriva
- Konsolidacija identiteta uključujući i vlastiti moralni kodeks i barem provizorne planove o vlastitoj profesiji i ekonomskoj samodostatnosti.

Adolescencija uspješno završava tek savladavanjem svih ovih zadaća (68).

Slika 2



Rana adolescencija je vjerojatno najzahtjevniji dio adolescencije iz više razloga. Osim već spomenutih, razvojno uvjetovanih, promjena rani adolescenti se suočavaju s pojačanim akademskim pritiskom kao što je prelazak s razredne na predmetnu nastavu. U tom periodu se javlja i pritisak kojeg izaziva razmišljanje i objektivni zahtjevi u svezi odabira i prijelaza u srednju školu (40, 69). Ovakav pritisak može dijelom objasniti porast emocionalnih i problema u ponašanju (57, 70).

Noviji razvoj neuroznanosti također doprinosi razumijevanju zašto dolazi do porasta samoubilačkih fenomena tijekom adolescencije (71, 72). U ranoj adolescenciji postoji značajan razvojni jaz između intenziviranja emocionalnih stanja i ponašanja koja prate hormonalne promjene puberteta i ovladavanja kognitivnim i emocionalnim vještinama suočavanja koje se razvijaju s kortikalnim razvojem tijekom kasne adolescencije i rane mladosti. Ovaj jaz ranjive rane adolescente prepušta promjenama i nestabilnosti raspoloženja uz iskrivljenu interpretaciju iskustava; samokritičnost, slabu prosudbu i suočavanje oslonjeno na emocije i afekt (73-76).

Tijekom posljednjih desetljeća svjedoci smo vrlo upečatljivim promjenama u prirodnom i socijalnom tijeku adolescencije. Dob u kojoj se biološke manifestacije puberteta javljaju snizila se. Menarha koja se nekada javljala u dobi od 16-18 godina sada je bliže dobi 12-13 godina. Biološke promjene se javljaju puno ranije što je još jedan doprinos pojavi i postajanju spomenutog jaza između emocija/ponašanja i kognitivnog ovladavanja (68).

Osim akceleracije na početku adolescencije na suprotnom kraju se javlja usporavanje i produljivanje. Za razliku od akcelernantnih tendencija koje su biološki uvjetovane, decelerantne su paradoksalno uvjetovane društvenim zahtjevima. U današnje vrijeme mladi ljudi sve kasnije stupaju u brak, zasnivaju obitelj i počinju profesionalne karijere sve kasnije. Ovo ima i svoju cijenu. Prema Eriksonu ključna uloga adolescencije je postizanje identiteta koji se tijekom adolescencije stvara kroz krizu identiteta i konfuziju uloga (69). U potrazi za

identitetom adolescenti eksperimentiraju s nizom privremenih uloga i identiteta poput homoseksualnosti, biseksualnosti, delikvencije, pripadnosti različitim supkulturnim skupinama od kojih neke u drugim životnim periodima ne bi bile uopće prihvatljive, no društvo ih tolerira u ovoj fazi. To Erikson naziva razdobljem psihosocijalnog moratorija. Moratorij je jako potreban za razvoj različitih identiteta i uloga koje zahtjeva složeno industrijsko društvo no produljenje moratorija nepovoljno djeluje na psihičku izdržljivost i stabilnost identiteta jer postoji mogućnost jačeg fiksiranja u nekoj „negativnoj ulozi“ (77).

2.1.3 Činitelji povezani sa samoubilačkim promišljanjima u adolescenciji

Samoubilačka promišljanja kroz srednjoškolske godine pokazuju očiti porast (25). Mladi adolescenti su osobito ranjivi jer doživljavaju probleme kao preplavljujuće i skloni su «sve ili ništa» rješenjima. S obzirom na raniji početak pubertalnog razvoja, djevojke su ranjivije što pokazuje i činjenica da prijavljuju veću razinu samoubilačkih promišljanja i pokušaja nego dječaci (78). Izvršeni suicid je, s druge strane, rjeđi kod djevojaka, što je tek djelomično posljedica činjenice da su one sklone izabrati manje smrtonosni način izvršenja (79).

Uz ove, spolno uvjetovane karakteristike adolescentnog razvoja, postoji čitav niz individualnih karakteristika koje su u istraživanjima povezane s većim rizikom samoubojstva. To su prisutnost značajnih poremećaja u raspoloženju ili ponašanju, zaokupljenost smrću, te obiteljska povijest značajne psihopatologije ili samoubilačkog ponašanja (80, 81). Okolinski činitelji uključuju i život u siromaštvu, obiteljski nesklad i izloženost nasilju i zanemarivanju (82, 83). Samoubilačka promišljanja kao dio samoubilačkih ponašanja su rezultat međudjelovanja niza činitelja: socio-kulturalnih, razvojnih, psihijatrijskih, psiholoških, obiteljskih i okolinskih. Promjena u ovim činiteljima može utjecati na pojavnost i učestalost SP. Čitav niz mogućih rizičnih, zaštitnih i povezanih činitelja je proučavan širom svijeta i postoji niz sveobuhvatnih pregleda na ovu temu (50, 84-86).

Gotovo nije moguće zamisliti neku sferu biopsihosocijalnog egzistiranja adolescenata čija moguća povezanost sa suicidalnim fenomenima nije povezivana. Osim već spomenutih specifičnih i jasno određenih psihijatrijskih entiteta istraživani su i tjelesno zdravlje i dobrostanje, zlouporaba droga, lijekova i alkohola, pušenje, prehrambene navike i ponašanja, antisocijalna ponašanja i vršnjačko nasilje, smetnje spavanja, razina samopoštovanja, osobine ličnosti, seksualna orijentacija i aktivnost, fizičko i seksualno zlostavljanje, samoubilačka

ponašanja među članovima obitelji, vršnjacima i medijima, religioznost, socioekonomske karakteristike obitelji, obiteljska struktura, obiteljski odnosi, obiteljski zdravstveni problemi, akademsko postignuće i izvedba, odnosi s vršnjacima, socijalna podrška i slobodno vrijeme. U posljednje vrijeme pozornost se obraća i na vršnjačko nasilje te kako odnosi s vršnjacima mogu utjecati na odluku adolescenta o oduzimanju vlastitoga života (83, 87, 88).

Misli o smrti i samoubojstvu postaju sve češći dok dijete prelazi u ranu adolescenciju (80). Samoubilačke misli su najčešće prethodnik poduzimanju samoubilačke akcije, stoga one, ako se otkriju drugome, mogu služiti kao važan znak koji pruža mogućnost za intervenciju. Značenje ovih misli o smrti i samoubojstvu tijekom rane adolescencije nije uvijek jasno i jednoznačno. To otežava roditeljima, nastavnicima i drugima točnu procjenu suicidalnog rizika i sukladno tome planiranje i donošenje odluke kako adolescenta zaštititi. Na općenitoj razini ova zaštita uvijek mora balansirati između planiranja i poduzimanja konkretne akcije, te osnaživanja i ohrabrivanja mladih ljudi u razvijanju vlastitih vještina suočavanja sa stresom. Ovo održavanje ravnoteže nije lako, osobito za profesionalce. S jedne strane je mogućnost da na svaku, pa i najmanju, naznaku «suicidalnosti» poduzimamo konkretnu akciju i zagušimo sustav. S druge strane nedovoljna osjetljivost nas vodi u ljudski, etički i pravni rizik.

Istraživanja jesu pokazala da je povijest samoubilačkih promišljanja najjači prediktor ponavljanja ili trajnosti suicidalnosti (89), no ovo su zaključci uglavnom iz kliničke populacije adolescenata koji su na neki način došli pod nadzor profesionalaca. U općoj populaciji adolescenata se malo toga zna o učestalosti samoubilačkih promišljanja. Sveobuhvatna istraživanja u općoj populaciji o učestalosti, vrsti i trajanju promišljanja su potrebna da bi oni koji rade s mladima (roditelji, učitelji, profesionalci) dobili smjernice u

svojim naporima da identificiraju pojedince s rizikom i da učinkovito interveniraju i pomognu u toj emocionalno preplavljujućoj situaciji.

Postoji i vrlo važan, osobni i profesionalni interes upravo za ovu skupinu nefatalnih samoubilačkih ponašanja. S obzirom na organizaciju zdravstvene službe u RH i nedostatnost službi za dječju i adolescentnu psihijatriju, riječ je o skupini koja u trijažnom procesu nije označena kao prioritarna, kao što su to suicidalni pokušaji, stoga nam ona promiče i u osnovi nemamo dovoljno podataka o njoj, neovisno o periodu adolescencije u kojem se nalaze (4).

3. PROBLEMATIKA ISTRAŽIVANJA

Dostupna istraživanja samoubilačkih promišljanja u adolescenciji se uglavnom odnose na razdoblje srednje i kasne adolescencije, na ispitanicima starijim od 14 godina, uglavnom na nehomogenim uzorcima ili bez podjele po spolu (23, 30-32, 34-36). U vrijeme provođenja ovog istraživanja jedina objavljena studija samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji je bilo istraživanje u jugoistočnom dijelu SAD iz 1986. godine koje je kod 1542 adolescenata u dobi 12-14 godina pokazalo prevalenciju SP u djevojaka 8,7%, a u mladića 4,0% (90). U tom istraživanju je pronađena povezanost samoubilačkih promišljanja i depresivnosti te većih vrijednosti na skali nepoželjnih životnih događaja. Istraživanje provedeno 1996/7. godine na uzorku od 2090 kanadskih adolescenata u dobi 12-13 godina je utvrdilo prevalenciju SP od 8,4% kod djevojčica i 4,6% kod dječaka kao i povezanost s depresijom i lošim odnosima s roditeljima (91). Na istom uzorku su Affifi i suradnici (36) istraživali povezanost SP s dvanaest različitih zdravstveno-rizičnih ponašanja: krađe; fizički obračuni; oštećivanje imovine; obračuni s oružjem; nošenje noža; kockanje; petting ispod struka; spolni odnos; pušenje cigareta; konzumacija alkohola; konzumacija marihuane ili hašiša; udisanje ljepila i otapala. Kod dječaka je pronađena povezanost SP sa svim opisanim ponašanjima osim krađa, pettinga i konzumacije alkohola. Kod djevojčica su u univarijantnoj analizi sva ponašanja bila povezana sa samoubilačkim promišljanjima. Za razliku od američkog kontinenta recentnije europske studije nisu pronašle razliku u učestalosti samoubilačkih promišljanja između dječaka i djevojčica (24, 92). Također je pronađena povezanost SP s doživljajem lošijih obiteljskih odnosa i suporta.

Prema dostupnim podacima ne postoje istraživanja usmjerena isključivo na samoubilačka promišljanja kao zavisnu varijablu i povezane činitelje u hrvatske djece ili adolescenata.

Kako je već prikazano, čitav niz sociodemografskih faktora je povezan sa samoubilačkim fenomenima u adolescenciji. Velike društvene promjene i katastrofični događaji mogu utjecati na ove čimbenike. Republika Hrvatska (RH) je svakako prošla takva događanja u obliku Domovinskog rata 1991.-1995. Tijekom rata više od 300 000 ljudi je bilo u aktivnoj vojnoj službi, a najmanje 1 000 000 ljudi je izloženo izravnim ratnim djelovanjima, a zasigurno ih je još više neizravno traumatizirano (93). Osim rata RH je prolazila i još uvijek prolazi i kroz još jedno veliko turbulentno društveno događanje a to je socioekonomska tranzicija.

Osim utvrđivanja postojanja različitih, opisanih rizičnih čimbenika, u hrvatskoj populaciji adolescenata moguće je postojanje i specifičnih činitelja koji su rezultat zasebnog djelovanja ovih velikih društvenih događanja ili njihove interakcije, a što bi bila posebnost samo ovog područja.

4. CILJEVI I SVRHA ISTRAŽIVANJA

Ciljevi ovog istraživanja su:

- a. utvrditi učestalost samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji na području Splita, Solina i Kaštela.
- b. istražiti odnos samoubilačkih promišljanja sa sljedećim psihosocijalnim parametrima: obiteljskim obrazovnim i socioekonomskim statusom, obiteljskom strukturom, te doživljajem obiteljskih odnosa, kohezije i kontrole.
- c. utvrditi odnos samoubilačkih promišljanja i roditeljskog sudjelovanja u Domovinskom ratu.
- d. istražiti povezanost samoubilačkih promišljanja s dimenzijama ličnosti (psihoticizam, neuroticizam, ekstraverzija-intraverzija, kriminalitet) i nekim stavovima.
- e. utvrditi odnos između samoubilačkih promišljanja i depresivnosti.
- f. istražiti odnos rizičnih ponašanja (nenamjerno ozljeđivanje; fizički obračuni; nasilje među vršnjacima kao žrtva, nasilje među vršnjacima kao zlostavljač; te korištenja alkohola i droga) sa samoubilačkim promišljanjima.
- g. utvrditi da li postoje specifične spolne razlike ili obrasci u odnosu prethodno nabrojanih varijabli i samoubilačkih promišljanja.

5. HIPOTEZA

Rani adolescenti sa samoubilačkim promišljanjima ostvaruju više rezultate na ljestvicama depresije, psihoticizma, neuroticizma i kriminaliteta, češće se rizično ponašaju, roditelji su im češće sudionici Domovinskog ratu u odnosu na kontrolnu skupinu, a očekuje se i postojanje specifičnih spolnih razlika i obrazaca.

6. METODE I ISPITANICI

6.1 Ispitanici

Ciljana populacija ovog istraživanja bili su rani adolescenti u dobi 11-14 godina u urbanoj konglomeraciji gradova Splita, Solina i Kaštela tijekom akademske godine 2005/2006. Prema popisu stanovništva iz 2001. Splitsko dalmatinska županija je imala 241 808 stanovnika, od čega 15 252 u dobi 10-14 godina (94). Donja dobna granica ciljane skupine odgovara petom razredu osnovne škole, što predstavlja prijelaz s razredne na predmetnu nastavu. Da bi se izbjegli mogući zbunjujući i ometajući čimbenici koji proizlaze iz same prilagodbe na nove akademske okolnosti, donja dobna granica je podignuta na 12 godina što odgovara šestom razredu osnovne škole. Također, da bi se postigla dobna homogenost uzorka u istraživanje su uključeni isključivo učenici šestih razreda. Prema podacima Županijskog ureda za školstvo u 42 osnovne škole gradova Splita, Solina i Kaštela u promatranj godini je bilo 3172 učenika šestih razreda. Početno je upućena zamolba za sudjelovanje svim školama, no zbog vremenskog okvira u istraživanje je uključeno 840 učenika 14 škola koje su odgovorile u odgovarajućem vremenu.

Na ovaj način je istraživanjem obuhvaćeno 26% svih učenika šestih razreda s područja Splita, Solina i Kaštela. Učenici koji nisu odgovorili na sva pitanja o samoubilačkim promišljanjima, upitniku ličnosti i skali depresivnosti isključeni su iz obrade. Promatrana „suicidalna“ skupina uspoređivana je sa skupinom „nesuicidalnih“ učenika koji nisu imali nijedan pozitivan odgovor na pitanja u svezi samoubilačkih promišljanja.

6.2 Vremenski okvir, način provođenja i etički aspekti

Istraživanje je započelo dva mjeseca nakon početka školske godine i nije smjelo biti provedeno unutar tri tjedna do kraja polugodišta ili školske godine. Ovaj vremenski okvir je uzet da bi se ispitanici obradili u vremenu kada već jesu izloženi akademskim zahtjevima, ali ne u prevelikoj mjeri. Za provođenje istraživanja su konzultirani Županijski ured za prosvjetu i ravnatelji škola. Nakon dobivenog odobrenja od ovih ustanova, svi roditelji su pismeno obaviješteni o provođenju istraživanja uz mogućnost odbijanja da njihovo dijete sudjeluje.

Ispitivanje je provedeno u školskim učionicama, skupno, pri čemu nijedna skupina odnosno razred nije brojala više od 25 učenika. Upitnici su ispunjavani u prisutnosti najmanje po jednog člana istraživačkog tima i školskog osoblja. Od strane školskog osoblja su bili nazočni uglavnom psiholozi, pedagozi ili razrednici. U onim slučajevima kada od strane škole nije bilo psihologa bio bi prisutan psiholog koji je član istraživačkog tima. Predviđeno vrijeme ispunjanja je bilo 45 min. Na početku susreta su učenicima objašnjavani općeniti ciljevi istraživanja i napomene o načinu ispunjavanja, a sami upitnici su imali upute na početku odgovarajućih odjeljaka. Učenici su zamoljeni da upitnike ispune individualno i objašnjeno im je da je istraživanje anonimno. Upitnici su prikupljeni tek nakon što bi ih svi učenici ispunili.

6.3 Mjere

6.3.1 Samoubilačka promišljanja.

Samoubilačka promišljanja su ispitivana s tri dihotomna (da/ne) pitanja:

- „Želio/željela bih da sam mrtav/mrtva.“
- „Često razmišljam o smrti.“
- „Često razmišljam o samoubojstvu.“

6.3.2 Sociodemografski upitnik

Za potrebe ovog istraživanja je konstruiran socio-demografski, samoocjenski upitnik koji obuhvaća sljedeće varijable ili skupine varijabli:

- starost,
- spol,
- obiteljski obrazovni i socioekonomski status (obrazovanje oca i majke; radni status oca i majke; vlasništvo nad objektom stanovanja; samoprocjena ili doživljaj obiteljskog standarda; broj ukućana po spavaćoj sobi),
- obiteljska struktura (obiteljska cjelovitost; broj djece u obitelji; redoslijed rođenja; dobni raspored; broj sestara; broj braće; spolna struktura),
- doživljaj obiteljskih odnosa, kohezije i kontrole (odnos s majkom; odnos s ocem; međusobni odnos roditelja; doživljaj povezanosti s obitelji; doživljaj roditeljske kontrole). Ove varijable su procjenjivane po Likertovoj ljestvici od 1 do 5, pri čemu 1 znači najbolje a 5 najlošije,
- roditeljsko sudioništvo u Domovinskom ratu.

6.3.4 Stavovi

Ova skupina pitanja uključuje:

- stav prema školi (školska motivacija; prošlogodišnji uspjeh),
- religioznost (deklarativna; učestalost odlazaka na vjerske obrede).

6.3.5 Rizična ponašanja

Četiri tipa rizičnih ponašanja su procjenjivana s pomoću pitanja iz Istraživanja o zdravstvenom ponašanju djece školske dobi (engl. Health behaviour in school-aged children HBSC) Svjetske zdravstvene organizacije (95):

- nenamjerno ozljeđivanje koje je zahtijevalo medicinsko zbrinjavanje u prethodnih dvanaest mjeseci,
- fizički obračuni u prethodnih dvanaest mjeseci,
- sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju/bulingu kao zlostavljač u prethodnih šest mjeseci,
- sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju kao žrtva u prethodnih šest mjeseci.

Zlouporaba alkohola i droga je procjenjivana s tri dihotomna pitanja:

- „Često pijem alkohol.“,
- „Prekomjerno pijem.“,
- „Koristio sam droge.“.

6.3.6 Osobine ličnosti

Osobine ličnosti su testirane pomoću hrvatske verzije Eysenckovog upitnika ličnosti za djecu u dobi 7-15 godina (engl. *Junior Eysenck Personality Questionnaire – JEPQ*) (96, 97).

JEPQ upitnik se sastoji od 81 dihotomnog pitanja koja mjere tri osnovne dimenzije ličnosti:

- ekstraverzija-intraverzija Ex-I (24 čestice, npr. „Imaš li puno prijatelja?“),
- neuroticizam N (20 čestica, npr. „Jesi li sklon promjenama raspoloženja?“)
- psihoticizam P (17 čestica, npr. „Da li bi volio da te se druga djeca boje?“).

JEPQ također sadrži ljestvicu laži L (20 čestica, npr. „Da li uvijek opereš ruke nakon jela?“).

Rezultati na svakoj ljestvici se dobiju zbrajanjem nakon rekodiranja inverzno formuliranih pitanja. Visok rezultat na Ex znači visoku razinu društvenosti, aktivnosti i optimizma. Intraverzija na drugom polu te ljestvice predstavlja nedruštvenost, pasivnost i mirnoću. Visoki neuroticizam pretpostavlja emocionalnu nestabilnost, nemir i nisko samopoštovanje, niski rezultati upućuju na osobu koja je emocionalno stabilna, mirna i pouzdana. Visoki rezultat na ljestvici psihoticizma opisuje osobu slabije socijalizacije, niske empatije i sposobnosti razumijevanja drugih, povišene agresivnosti, te niskog osjećaja krivnje. L ljestvica predstavlja kontrolni instrument i mjeri sklonost davanju socijalno poželjnih odgovora. Nizak rezultat na ovoj ljestvici pretpostavlja bolju interpretabilnost podataka. Osim tri ljestvice ličnosti i kontrolne ljestvice koje se iz upitnika očitavaju izravno postoji i ljestvica kriminaliteta C (40 čestica) koja se derivira većinom iz rezultata na N i P skali. Pojmovi poput psihoticizma ili neuroticizma u svom opisu podsjećaju na istoimene psihijatrijske koncepte no u slučaju JEPQ misli se na normalno ponašanje koje tek u ekstremnim slučajevima prelazi u patološko. Iz tog razloga ova ljestvica se može koristiti i kod normalne, nepatološke populacije.

Koeficijenti stabilnosti hrvatske verzije JEPQ za dobnu skupinu 11-14 godina po pod-ljestvicama su slijedeći: Ex-I = 0,78; N = 0,79; P = 0,61; L = 0,88. Cronbahovi koeficijenti unutarnje konzistencije po pod-ljestvicama za istu dobnu su: Ex-I = 0,72-0,81; N = 0,81-0,86 ; P = 0,55-0,74; L = 0,77-0,83 (96).

6.3.7 Depresivnost

Depresivnost je mjerena pomoću Inventara dječje depresivnosti (engl. Children's Depression Inventory – CDI). Inventar je namijenjen za djecu i adolescente u dobi 7-17 godina. Riječ je o samoocjenskom instrumentu koji je razvijen na temelju Beckovog inventara depresivnosti (38). Sastoji se od 27 tvrdnji od kojih je svaka ponuđena u tri oblika (npr. „Nikada nisam tužna“; „Ponekad sam tužna“; „Često sam tužna“) koji se ocjenjuju na ljestvici od 0 do 2 odražavajući intenzitet simptoma (0=odsutnost simptoma; 1=umjeren simptom; 2=intenzivan simptom). Ukupan rezultat se dobije zbrajanjem svih odgovora i kreće se u rasponu od 0 do 54 (38, 98).

Osim ukupne vrijednosti, rezultati se mogu interpretirati podjelom na pet pod-ljestvica koje koreliraju s pet domena depresivnog sindroma: negativno raspoloženje, interpersonalni problemi, neučinkovitost, anhedonija i negativna slika o sebi (38, 98). Niz istraživanja psihometrijskih karakteristika Inventara provedenih u Sjevernoj Americi i Europi, uključujući i Hrvatsku, pokazao je zadovoljavajuću pouzdanost i valjanost (38, 99-101). Cronbachov koeficijent unutarnje konzistencije na hrvatskom uzorku djece prosječne dobi 11 godina i sedam mjeseci iznosio je 0,82 (101). Ljestvica depresivnosti predstavlja pouzdan instrument za rano otkrivanje depresivnih simptoma kod osnovnoškolske djece te se može koristiti kao dobra mjera probira. Ljestvica je jednostavna za primjenu (bilo individualno, bilo skupno), brzo se boduje, i djeca je dobro prihvaćaju (101).

6.4 Statistička obrada

Podatci su statistički obrađeni pomoću programskog paketa Statistica 7,1 (StatSoft, Inc.,Tulsa, OK, SAD). Rezultati deskriptivne statistike prikazani su kao prosjek \pm standardna devijacija [M (\pm SD)]. Razlike među kategorijskim varijablama (sociodemografija, stavovi i ponašanja) su procjenjivane pomoću hi kvadrat testa, dok je za usporedbu među kontinuiranim varijablama korišten t-test za nezavisne uzorke. Usporedbe su rađene za svaki spol posebno zbog već otprije poznatih spolnih razlika u učestalosti samoubilačkih ponašanja i promišljanja, različitim društvenim i interpersonalnim čimbenicima (86), kao i osobinama ličnosti (96).

Multivarijantni učinci su interpretirani pomoću logističke regresijske analize. U analizu su uključene sve psihometrijske varijable (JEPQ i CDI rezultati), a od kategorijskih varijabli samo one koje su pokazale statističku značajnost kroz univarijantnu analizu. Statističke vrijednosti su smatrane značajnim na razini $p < 0.05$.

7. REZULTATI

Od ukupno 840 učenika u obradu rezultata su na koncu uključena 803, od čega 402 dječaka i 401 djevojčica. Dvadeset učenika ili 2,4% je bilo odsutno u vrijeme provođenja istraživanja, što ne odudara od uobičajene stope apsentizma. Sedamnaest učenika (2%) je isključeno iz obrade jer nisu odgovorili na sva pitanja o samoubilačkim promišljanjima ili ispunili JEPQ i CDI. Srednja dob ispitanika je bila 12,2 ($\pm 0,33$) godine.

7.1 Prevalencija samoubilačkih promišljanja

Na najmanje jedno pitanje o samoubilačkim promišljanjima potvrdno je odgovorilo 141 (17,6%) učenika. Među njima 38 (4,73%) učenika je imalo dva, a 32 (3,99%) učenika su imala sva tri potvrdna odgovora na temu SP. Od tri čestice o SP, najčešći potvrđan odgovor u oba spola pronađen je za česticu „Često razmišljam o smrti“, dok je postotak potvrđenih odgovora za „Želio bih da sam mrtav“ i „Često razmišljam o samoubojstvu“ bio podjednak u oba spola (Tablica 1).

Nisu uočene značajne razlike po spolu u učestalosti samoubilačkih promišljanja ($\chi^2 = 0,2$; $df = 1$; $p = 0,655$), kako ukupno tako i na svakom SP pitanju pojedinačno (Tablica 1).

Kada su odgovori na pitanja o samoubilačkim promišljanjima analizirani na složenoj mjeri (1 = 1 potvrđan odgovor; 2 = 2 pozitivna odgovora; 3 = 3 pozitivna odgovora), razlike po spolu također nisu uočene ($\chi^2 = 3,9$, $df = 2$; $p = 0,145$).

Tablica 1 Samoubilačka promišljanja prema spolu (402 dječaka i 401 djevojčica)

	Dječaci	Djevojčice	χ^2 ; p
	N (%)	N(%)	
Često razmišljam o smrti	51 (12,7)	52 (13)	0,01; 0,495
Želio bih da sam mrtav	33 (8,2)	36 (9)	0,15; 0,396
Često razmišljam o samoubojstvu	36 (9)	35 (8,7)	0,01; 0,504

7.2 Usporedba adolescenata sa samoubilačkim promišljanjima i adolescenata bez samoubilačkih promišljanja

7.2.1 Sociodemografske karakteristike

7.2.1.1 Obiteljski obrazovni i socioekonomski status

- **Dječaci:** u ovoj skupini promatranih karakteristika jedina razlika između dječaka sa i bez SP je primijećena u smislu nižeg **obrazovanja majke** ($\chi^2 = 8$, $df = 2$, $p = 0,019$) **kod suicidalnih dječaka;** u ostalim osobinama nije bilo razlike: obrazovanje oca ($\chi^2 = 3,011$, $df = 2$, $p = 0,222$), zaposlenost oca ($\chi^2 = 0,483$, $df = 1$, $p = 0,315$), zaposlenost majke ($\chi^2 = 0,139$, $df = 1$, $p = 0,408$), vlasništvo nad objektom stanovanja ($\chi^2 = 0,657$, $df = 1$, $p = 0,281$), doživljaj obiteljskog standarda ($\chi^2 = 0,073$, $df = 1$, $p = 0,446$), te broj ukućana po spavaćoj sobi. Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni omjer izgleda OI (engl. odds ratio – OR) za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 2.
- **Djevojčice** sa suicidalnim promišljanjima češće imaju **oca koji je završio samo do osam godina škole** ($\chi^2 = 13,028$, $df = 2$, $p = 0,001$), **odnosno majku s 8-12 godina obrazovanja** ($\chi^2 = 9,591$, $df = 2$, $p = 0,008$); u ostalim osobinama nije bilo razlike: zaposlenost oca ($\chi^2 = 0,232$, $df = 1$, $p = 0,371$), zaposlenost majke ($\chi^2 = 0,868$, $df = 1$, $p = 0,220$), vlasništvo nad objektom stanovanja ($\chi^2 = 1,324$, $df = 1$, $p = 0,171$), doživljaj obiteljskog standarda ($\chi^2 = 0,062$, $df = 1$, $p = 0,456$), te broj ukućana po spavaćoj sobi. Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 2.

Tablica 2 Prediktori samoubilačkih promišljanja–obiteljski obrazovni i socio-ekonomski status (apsolutni broj, postotak i univarijantni OI)

	Dječaci						Djevojčice					
	Nesuicidalni		Suicidalni		OI	(95%IP)	Nesuicidalne		Suicidalne		OI	(95%IP)
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Obrazovanje oca												
do 8 godina	16	69,6	7	30,4	1		13	56,5	10	43,5	1	
8-12 godina	165	83,8	32	16,2	0,44	(0,17-0,16)	184	83,6	36	16,4	0,25*	(0,1-0,63)
više od 12 godina	121	80,1	30	19,9	0,57	(0,21-1,5)	108	87,1	16	12,9	0,19*	(0,07-0,51)
Obrazovanje majke												
do 8 godina	18	64,3	10	35,7	1		19	63,3	11	36,7	1	
8-12 godina	151	79,9	38	20,1	0,45	(0,19-1,06)	189	85,9	31	14,1	0,28*	(0,12-0,65)
više od 12 godina	141	86,0	23	14,0	0,29*	(0,12-0,72)	107	82,9	22	17,1	0,36	(1,15-0,85)
Zaposlenost oca												
da	267	80,9	63	19,1	1		260	83,9	50	16,1	1	
ne	45	84,9	8	15,1	0,75	(0,34-1,68)	62	81,6	14	18,4	1,17	(0,61-2,26)

Zaposlenost majke

da	238	82,4	51	17,6	1		233	82,3	50	17,7	1	
ne	75	80,6	18	19,4	1,12	(0,62-2,03)	94	86,2	15	13,8	0,74	(0,4-1,39)

Vlasništvo nad stambenim objektom

da	285	81	67	19	1		291	84,9	55	15,9	1	
ne	37	86	6	14	0,7	(0,28-1,7)	38	77,6	11	22,4	1,53	(0,74-3,18)

Doživljaj obiteljskog standarda

prosječan i niži	178	80,9	42	19,1	1		163	82,7	34	17,3	1	
nadprosječan	141	82	31	18	0,93	(0,56-1,56)	159	83,7	31	16,3	0,94	(0,55-1,59)

*p < 0,05; IP - interval pouzdanosti; OI – omjer izgleda

7.2.1.2 Obiteljska struktura

- **Dječaci** s izraženim samoubilačkim promišljanjima češće žive u **obiteljima s troje ili više djece** ($\chi^2 = 14,303$, $df = 2$, $p = 0,001$); češće su **treće ili kasnije dijete po redu rođenja** ($\chi^2 = 13,111$, $df = 2$, $p = 0,001$); **imaju dvoje ili više braće** ($\chi^2 = 9,677$, $df = 2$, $p = 0,008$); **te češće imaju i brata i sestru** ($\chi^2 = 14,456$ $df = 3$, $p = 0,002$). Za preostale promatrane varijable nisu primijećene razlike: obiteljska cjelovitost ($\chi^2 = 3,217$, $df = 3$, $p = 0,359$); dobni raspored ($\chi^2 = 1,984$, $df = 2$, $p = 0,371$); broj sestara ($\chi^2 = 2,849$ $df = 2$, $p = 0,241$).

Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 3.

- **Djevojčice** sa SP u odnosu na nesuicidalnu skupinu češće imaju **dvoje ili više braće** ($\chi^2 = 9,267$, $df = 2$, $p = 0,010$). Ostale promatrane karakteristike se ne razlikuju: obiteljska cjelovitost ($\chi^2 = 2,023$, $df = 2$, $p = 0,364$); broj djece u obitelji ($\chi^2 = 4,810$, $df = 2$, $p = 0,090$); redoslijed rođenja ($\chi^2 = 4,366$, $df = 2$, $p = 0,113$); dobni raspored ($\chi^2 = 0,334$, $df = 2$, $p = 0,846$); broj sestara ($\chi^2 = 2,667$, $df = 2$, $p = 0,264$); spolna struktura ($\chi^2 = 0,794$, $df = 3$, $p = 0,851$).

Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 3.

Tablica 3 Prediktori samoubilačkih promišljanja–obiteljska struktura (apsolutni broj, postotak i univarijantni OI)

	Dječaci						Djevojčice					
	Nesuicidalni		Suicidalni		OI	(95%IP)	Nesuicidalne		Suicidalne		OI	(95%IP)
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Obiteljska cjelovitost												
da	228	83,8	44	16,2	1		237	83,5	47	16,5	1	
ne	101	77,7	29	22,3	1,49	(0,88-2,51)	96	82,1	21	17,9	1,1	(0,63-1,94)
1	26	86,7	4	13,3	1		28	87,5	4	12,5	1	
2	171	88,6	22	11,4	0,84	(0,27-2,62)	143	87,2	21	12,8	1,03	(0,33-3,23)
3 ili više	132	73,7	47	26,3	2,31*	(0,77-6,98)	162	79	43	21	1,86	(0,62-5,85)
Redoslijed rođenja												
1.	127	85,2	22	14,8	1		121	83,4	24	16,6	1	
2.	141	85,5	24	14,5	0,98	(0,53-1,84)	141	86,5	22	13,5	0,79	(0,42-1,47)
3. ili kasnije	58	68,2	27	31,8	2,69*	(1,41-5,11)	71	76,3	22	23,7	1,56	(0,82-2,99)
Dobni raspored												
prvo dijete u obitelji	127	85,2	22	14,8	1		121	83,4	24	16,6	1	

srednje dijete	55	79,7	14	20,3	1,47	(0,7-3,08)	68	81	16	19	1,19	(0,59-2,39)
posljednje dijete	144	79,6	37	20,4	1,48	(0,83-2,65)	144	83,7	28	16,3	0,98	(0,54-1,78)
Broj sestara												
nijedna	151	83,9	29	16,1	1		139	84,8	25	15,2	1	
1	135	82,3	29	17,7	1,12	(0,64-1,97)	126	84,6	23	15,4	1,02	(0,55-1,88)
2 ili više	43	74,1	15	25,9	1,82	(0,89-3,69)	68	77,3	20	22,7	1,64	(0,85-3,15)
Broj braće												
nijedan	139	88	19	12	1		131	83,4	26	16,6	1	
1	138	80,7	33	19,3	1,75	(0,95-3,23)	160	87	24	13	0,76	(0,41-1,38)
2 ili više	52	71,2	21	28,8	2,95*	(1,47-5,94)	42	70	18	30	2,16*	(1,08-4,32)
Spolna struktura												
jedino dijete u obitelji	26	86,7	4	13,3	1		28	87,5	4	12,5	1	
brat/sestra istog spola	125	83,3	25	16,7	1,3	(0,42-4,05)	103	81,7	23	18,3	1,56	(0,5-4,89)
drugog spola	113	88,3	15	11,7	0,86	(0,26-2,82)	111	84,1	21	15,9	1,32	(0,42-4,17)
i brat i sestra	65	69,1	29	30,9	2,9*	(0,93-9,07)	91	82	20	18	1,54	(0,49-4,88)

*p< 0,05; IP – interval pouzdanosti; OI – omjer izgleda

7.2.1.3 Doživljaj obiteljskih odnosa, kohezije i kontrole

- **Dječaci** sa samoubilačkim promišljanjima prijavljuju lošiji **odnos s majkom** ($\chi^2 = 5,995$, $df = 2$, $p = 0,050$); i **pojačanu roditeljsku kontrolu** ($\chi^2 = 6,795$, $df = 1$, $p = 0,009$). Odnos s ocem ($\chi^2 = 1,983$, $df = 2$, $p = 0,371$); međusobni odnos roditelja ($\chi^2 = 3,863$, $df = 2$, $p = 0,145$) i doživljaj povezanosti s obitelji ($\chi^2 = 1,584$, $df = 2$, $p = 0,453$) ne razlikuju se u odnosu na dječake bez SP. Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 4.

- **Djevojčice** sa SP u gotovo svim promatranim varijablama pokazuju razliku u odnosu na kontrolnu skupinu: **odnos s majkom** ($\chi^2 = 12,320$, $df = 2$, $p = 0,002$); **odnos s ocem** ($\chi^2 = 24,398$, $df = 2$, $p < 0,001$); **međusobni odnos roditelja** ($\chi^2 = 9,712$, $df = 2$, $p = 0,008$) i **doživljaj povezanosti s obitelji** ($\chi^2 = 25,856$, $df = 2$, $p < 0,001$). Jedino je doživljaj roditeljske kontrole isti u obje skupine ($\chi^2 = 2867$, $df = 1$, $p = 0,090$). Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju prikazani su u Tablici 4.

Tablica 4 Prediktori samoubilačkih promišljanja – doživljaj obiteljskih odnosa, kohezije i kontrole (apsolutni broj, postotak i univarijantni OI)

	Dječaci					Djevojčice						
	Nesuicidalni		Suicidalni		OI	(95%IP)	Nesuicidalne		Suicidalne		OI	(95%IP)
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Odnos s majkom¹												
1	284	83,3	57	16,7	1		276	86,3	44	13,8	1	
2	41	77,4	12	22,6	1,46	(0,72-2,95)	46	71,9	18	28,1	2,46*	(1,31-4,61)
≥3	1	33,3	2	66,7	-. ²		8	61,5	5	38,5	-. ²	
Odnos s ocem¹												
1	259	82,5	55	17,5	1		263	88,9	33	11,1	1	
2	46	80,7	11	19,3	1,13	(0,55-2,31)	51	72,9	19	27,1	2,97*	(1,57-5,63)
≥3	8	66,7	4	33,3	-. ²		11	55	9	45	-. ²	
Doživljaj roditeljskih odnosa¹												
1	245	84,5	45	15,5	1		236	86,4	37	13,6	1	
2	57	76	18	24	1,72	(0,93-3,19)	66	76,7	20	23,3	1,93	(1,05-3,55)
≥3	18	75	6	25	1,82	(0,68-4,82)	24	68,6	11	31,4	2,92*	(1,32-6,46)

Povezanost s obitelji¹

1	216	83,4	43	16,6	1		231	87,5	33	12,5	1	
2	83	78,3	23	21,7	1,39	(0,79-2,45)	87	80,6	21	19,4	1,69	(0,93-3,08)
≥3	25	78,1	7	21,9	1,41	(0,57-3,46)	14	50	14	50	7*	(3,07-15)

Doživljaj obiteljske kontrole³

1	2	40	3	60	-. ²		3	75	1	25	-. ²	
2	133	77,3	39	22,7	1		129	80,6	31	19,4	1	
3	181	87,4	26	12,6	0,49*	(0,28-0,84)	200	87	30	13	0,62	(0,36-1,08)
4	6	60	4	40	-. ²		1	20	4	80	-. ²	

*p < 0,05; IP – interval pouzdanosti; OI – omjer izgled¹ Likertova ljestvica od pet stupnjeva od 1 (najbolji) do 5 (najlošiji). Zbog niskih frekvencija kategorije iznad 3 i iznad su grupirane; ² OI nije računat zbog niskih frekvencija; ³ (1 „Zabranjuju mi sve što me interesira.“; 2 „Žele znati sve što radim i zabranjuju što me se ne sviđa.“; 3 „Žele znati što radim, ali bez zabrana“; 4“Ne interesira ih što radim.“)

7.2.1.4 Roditeljsko sudioništvo u Domovinskom ratu.

- **Dječaci** sa samoubilačkim promišljanjima češće imaju i očeve ($\chi^2 = 6,206$, $df = 1$, $p = 0,008$) i majke sudionike Domovinskog rata ($\chi^2 = 4,945$, $df = 1$, $p = 0,031$).

Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 5.

- **Djevojčice** iz obje promatrane skupine podjednako imaju roditelje sudionike Domovinskog rata kako očeve ($\chi^2 = 0,164$, $df = 1$, $p = 0,397$), tako i majke ($\chi^2 = 1,010$, $df = 1$, $p = 0,226$). Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 5.

Tablica 5 Prediktori samoubilačkih promišljanja – roditeljsko sudioništvo u Domovinskom ratu (apsolutni broj, postotak i univarijantni OI)

	Dječaci						Djevojčice					
	Nesuicidalni		Suicidalni		OI	(95%IP)	Nesuicidalne		Suicidalne		OI	(95%IP)
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Otac												
Da	194	77,6	56	22,4	1		181	82,3	39	17,7	1	
Ne	123	87,9	17	12,1	0,48*	(0,27-0,86)	135	83,9	26	16,1	0,89	(0,52-1,4)
Majka												
Da	17	65,4	9	34,6	1		19	76	6	24	1	
Ne	272	82,9	56	17,1	0,39*	(0,17-0,92)	279	83,8	54	16,2	0,61	(0,23-1,61)

*p < 0,05; IP – interval pouzdanosti; OI – omjer izgleda

7.2.1.5 Stav prema školi

- **Dječaci** - između skupine sa i bez SP nema razlika ni u jednoj promatranoj varijabli o stavu prema školi: školska motivacija ($\chi^2 = 2,95$, $df = 1$, $p = 0,060$); prošlogodišnji uspjeh ($\chi^2 = 1,864$ $df = 1$, $p = 0,113$). Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju prikazani su u Tablici 6.

- **Djevojčice** sa SP pokazuju nižu **motiviranost za školu** ($\chi^2 = 7,152$, $df = 1$, $p = 0,009$); dok nema razlike u kategoriji prošlogodišnji uspjeh ($\chi^2 = 1,552$, $df = 1$, $p = 0,144$). Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 6.

Tablica 6 Prediktori samoubilačkih promišljanja – stav prema školi (apsolutni broj, postotak i univarijantni OI)

	Dječaci						Djevojčice					
	Nesuicidalni		Suicidalni		OI	(95%IP)	Nesuicidalne		Suicidalne		OI	(95%IP)
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Školska motivacija ¹												
1	247	83,7	48	16,3	1		283	85,5	48	14,5	1	
2	80	67,2	25	23,8	1,61	(0,93-2,77)	46	71,9	18	28,1	2,31*	(1,24-4,31)
Uspjeh prošle školske godine												
4 ili 5	245	83,3	49	16,7	1		282	84,2	53	15,8	1	
Dobar i manje	82	77,4	24	22,6	1,46	(0,85-2,53)	49	77,8	14	22,2	1,52	(0,78-2,95)

*p < 0,05; IP – interval pouzdanosti; OI – omjer izgleda; ¹ Izvorno su postojale četiri kategorije („Želim biti najbolji/a“ i „Želim biti među boljim učenicima“ rekodirano kao 1, te „Ni loš ni dobar“ i „Nije me briga „ rekodirano kao 2)

7.2.1.6 Religioznost

- **Dječaci** između skupina sa i bez SP nije bilo razlike u varijablama deklarativna religioznost ($\chi^2 = 0,935$, $df = 1$, $p = 0,244$) i učestalost odlazaka na vjerske obrede ($\chi^2 = 2,072$, $df = 2$, $p = 0,355$). Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 7.

- **Djevojčice** sa samoubilačkim promišljanjima **rjeđe odlaze na vjerske obrede** ($\chi^2 = 6,925$, $df = 2$, $p = 0,031$). Između skupina djevojčica sa i bez SP nema razlike u deklarativnoj religioznosti ($\chi^2 = 0,898$, $df = 1$, $p = 0,275$). Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 7

Tablica 7 Prediktori samoubilačkih promišljanja – religioznost (apsolutni broj, postotak i univarijantni OI)

	Dječaci						Djevojčice					
	Nesuicidalni		Suicidalni		OI	(95%IP)	Nesuicidalne		Suicidalne		OI	(95%IP)
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Deklarativna religioznost												
Da	314	82,4	67	17,6	1		325	83,5	64	16,5	1	
Ne	14	73,7	5	26,3	1,67	(0,58-4,81)	8	72,7	3	27,3	1,9	(0,49-7,37)
Učestalost odlazaka na obrede												
Vrlo često	122	81,9	27	18,1	1		154	88	21	12	1	
Često	142	84,5	26	15,5	0,83	(0,46-1,49)	130	81,8	29	18,2	1,64	(0,89-3,01)
Rijetko	64	77,1	19	22,9	1,34	(0,69-2,6)	49	74,2	17	25,8	2,54*	(1,24-5,21)

*p < 0,05; IP – interval pouzdanosti; OI – omjer izgleda

7.2.1.7 Rizična ponašanja

Dječaci

Nije pronađena razlika za nenamjerno ozljeđivanje koje je zahtijevalo medicinsko zbrinjavanje u prethodnih dvanaest mjeseci ($\chi^2 = 3,752$, $df = 2$, $p = 0,153$),

Suicidalni dječaci su se češće fizički obračunavali u prethodnih dvanaest mjeseci ($\chi^2 = 13,158$, $df = 2$, $p = 0,001$),

Ne postoji razlika za sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju/bulingu kao zlostavljač u prethodnih šest mjeseci ($\chi^2 = 5,360$, $df = 2$, $p = 0,069$), nasuprot tome dječaci sa samoubilačkim promišljanjima češće prijavljuju **sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju kao žrtva u prethodnih šest mjeseci ($\chi^2 = 9,696$, $df = 2$, $p = 0,008$)**

Nijedna skupina dječaka nije češće bila i nasilnik i žrtva ($\chi^2 = 2,933$, $df = 1$, $p = 0,072$)

Zlouporaba alkohola i droga je procjenjivana s tri dihotomna pitanja i kod sva tri je pronađena veća učestalost tih rizičnih ponašanja u suicidalnih dječaka:

„Često pijem alkohol.“ ($\chi^2 = 22,658$, $df = 1$, $p < 0,001$),

„Prekomjerno pijem.“ ($\chi^2 = 21,172$, $df = 1$, $p < 0,001$),

„Koristio sam droge.“ ($\chi^2 = 19,584$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 8.

Djevojčice

Za nenamjerno ozljeđivanje koje je zahtijevalo medicinsko zbrinjavanje u prethodnih dvanaest mjeseci ne postoji statistički značajna razlika ($\chi^2 = 3,983$, $df = 2$, $p = 0,137$),

Kod suicidalnih djevojčica češći su fizički obračuni u prethodnih dvanaest mjeseci ($\chi^2 = 15,590$, $df = 2$, $p < 0,001$), također češće prijavljuju i sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju/bulingu kao zlostavljač u prethodnih šest mjeseci ($\chi^2 = 14,560$, $df = 2$, $p = 0,001$), te sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju kao žrtva u prethodnih šest mjeseci ($\chi^2 = 7,178$, $df = 2$, $p = 0,028$)

Za kategoriju i nasilnik i žrtva nije bilo razlike ($\chi^2 = 0,462$, $df = 1$, $p = 0,318$)

Djevojčice sa SP u odnosu na nesuicidalne vršnjakinje češće prijavljuju samo zlouporabu droga:

„Često pijem alkohol.“ ($\chi^2 = 1,558$, $df = 1$, $p = 0,311$),

„Prekomjerno pijem.“ ($\chi^2 = 1,558$, $df = 1$, $p = 0,311$),

„Koristio sam droge.“ ($\chi^2 = 9,843$, $df = 1$, $p = 0,028$).

Apsolutne frekvencije, udjeli i univarijantni OI za svaku promatranu kategoriju su prikazani u Tablici 8.

Tablica 8 Prediktori samoubilačkih promišljanja– rizična ponašanja (apsolutni broj, postotak i univarijantni OI)

	Dječaci						Djevojčice					
	Nesuicidalni		Suicidalni		OI	(95%IP)	Nesuicidalne		Suicidalne		OI	(95%IP)
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Nenamjerne ozljede¹												
Nijednom	168	85,3	29	14,7	1		191	82,8	37	16,2	1	
1-2 puta	126	79,7	32	20,3	0,5	(0,23-1,08)	114	85,1	20	14,9	0,49	(0,23-1,08)
3 puta ili više	35	74,5	12	25,5	0,74	(0,35-1,59)	28	71,8	11	28,2	0,45	(0,19-1,04)
Fizički obračuni¹												
Nijednom	108	89,3	13	10,7	1		223	87,5	32	12,5	1	
1-2 puta	124	84,4	23	15,6	1,54	(0,75-3,19)	68	81,9	15	18,1	1,54	(0,79-3,01)
3 puta ili više	97	72,4	37	27,6	3,17*	(1,59-6,31)	42	66,7	21	33,3	3,48*	(1,83-6,62)
Vršnjačko nasilje kao žrtva²												
Nijednom	185	84,5	34	15,5	1		229	86,4	36	13,6	1	
1-2 puta	108	83,7	21	16,3	1,06	(0,58-1,92)	70	74,5	24	25,5	2,18*	(1,22-3,9)
3 puta ili više	36	66,7	18	33,3	2,72*	(1,39-5,34)	34	81	8	19	1,5	(0,64-3,49)

Vršnjački nasilnik ²												
Nijednom	192	83,8	37	16,2	1		249	85,9	41	14,1	1	
1-2 puta	120	81,6	27	18,4	1,17	(0,68-2,02)	74	80,4	18	19,6	1,48	(0,80-2,72)
3 puta ili više	17	65,4	9	34,6	2,75	(1,14-6,63)	10	52,6	9	47,4	5,47*	(2,09-14,26)
I nasilnik i žrtva ²												
Ne	301	82,9	62	17,1	1		307	83,4	61	16,6	1	
Da	28	71,8	11	28,2	1,91	(0,9-4,03)	26	78,8	7	21,2	1,36	(0,56-3,26)
Učestalo konzumiranje alkohola												
Ne	320	84	61	16	1		332	83,2	67	16,8	- ³	
Da	9	42,9	12	57,1	6,99*	(2,83-17,32)	1	50	1	50		
Prekomjerno konzumiranje alkohola												
Ne	322	84,1	61	15,9	1		332	83,2	67	16,8	- ³	
Da	7	36,8	12	63,2	9,05*	(3,43-23,91)	1	50	1	50		
Konzumiranje droga												
Ne	325	83,3	65	16,7	1		333	83,5	66	16,5	- ³	
Da	4	33,3	8	66,7	10*		0	0	2	100		

*p < 0,05; IP – interval pouzdanosti; OI – omjer izgleda; ¹ U prethodnih 12 mjeseci; ² U prethodnih 6 mjeseci; ³ Zbog niskih frekvencija OI nije računano

7.2.2 Osobine ličnosti

Na ljestvici ekstraverzija/intraverzija nije bilo značajnih razlika između promatranih skupina. I suicidalni dječaci i djevojčice ostvaruju više rezultate na ljestvici neuroticizma, psihoticizma i kriminaliteta, dok na skali socijalno poželjnih odgovora ostvaruju statistički značajno niže vrijednosti od nesuicidalnih vršnjaka (Tablica 9).

U Tablici 10 je radi lakše interpretacije podataka prikazana usporedba rezultata svih ispitanika i hrvatskih standardizacijskih podataka za sve promatrane ljestvice.

Tablica 9 Usporedba JEPQ rezultata između nesuicidalnih i suicidalnih adolescenata

	Spol	Nesuicidalni	Suicidalni	Srednja razlika	S.E.	p	95% IP	
		Prosjek (SD)	Prosjek (SD)				gornji	donji
Neuroticizam	Dječaci	8,16 (3,93)	12,38 (3,81)	4,23	0,53	0,000**	2,74	5,71
	Djevojčice	9,58 (4,35)	14,22 (3,91)	4,64	0,55	0,000**	3,11	6,17
Psihoticizam	Dječaci	3,35 (2,49)	5,7 (3,24)	2,35	0,31	0,000**	1,49	3,21
	Djevojčice	2,2(1,94)	3,97 (2,62)	1,77	0,32	0,000**	0,89	2,66
Ekstraverzija - intraverzija	Dječaci	17,79 (3,19)	17,55 (3,55)	0,24	0,42	0,955	0,94	1,43
	Djevojčice	17,36 (3,2)	17 (3,67)	0,36	0,44	0,875	0,86	1,58
Kriminalitet	Dječaci	18,45 (5,35)	22,86 (6,06)	4,41	0,68	0,000**	2,52	6,3
	Djevojčice	17,82 (4,78)	22,12 (5,66)	4,3	0,69	0,000**	2,36	6,25
Socijalno poželjni odgovori	Dječaci	9,77 (4,57)	7,75 (4,24)	2,01	0,59	0,008*	0,37	3,66
	Djevojčice	10,73 (4,6)	7,46 (4,24)	3,28	0,6	0,000**	1,59	4,97

* p<0,05; ** p < 0,001 IP – interval pouzdanosti

Tablica 10 Pregled ukupnih JEPQ skorova (ukupna ispitna populacija) u usporedbi sa standardizacijskim podatcima

		Ispitanici	Standardizacijski podatci
	Spol	Prosjek (SD)	Prosjek (SD)
Neuroticizam	Dječaci	8,93 (4,23)	11,4 (4,4)
	Djevojčice	10,36 (4,61)	12,59 (3,9)
Psihoticizam	Dječaci	3,77 (2,79)	4,5 (2,75)
	Djevojčice	2,49 (2,18)	2,82 (2,02)
Ekstraverzija - intraverzija	Dječaci	17,75 (3,25)	17,97 (3,01)
	Djevojčice	17,29 (3,28)	17,7 (3,16)
Socijalno poželjni odgovori	Dječaci	9,4 (4,57)	8,73 (5,04)
	Djevojčice	10,19 (4,71)	10,27 (4,7)

7.2.3 Depresivnost

Tablica 11 prikazuje ukupne rezultate na ljestvici dječje depresivnosti (CDI) kao i rezultate na pojedinim pod-ljestvicama. I adolescenti i adolescentice sa samoubilačkim promišljanjima ostvaruju više rezultate na svim promatranim ljestvicama uz razinu statističke značajnosti $p < 0,001$.

Tablica 11 Usporedba CDI rezultata između nesuicidalnih i suicidalnih adolescenata

		Nesuicidalni	Suicidalni	95% IP				
CDI Skor	Spol	Prosjeak(SD)	Prosjeak (SD)	Srednja razlika	S.E.	p	gornji	donji
Ukupni	Dječaci	6,7 (6,82)	18,37 (9,8)	11,672	0,968	0,000**	9,77	13,57
	Djevojčice	5,99 (6,23)	17,72 (12,02)	11,73	0,996	0,000**	9,77	13,69
Negativno raspoloženje	Dječaci	1,54 (1,84)	4,07 (2,44)	2,532	0,26	0,000**	2,02	3,04
	Djevojčice	1,55 (1,8)	4,32 (3,05)	2,769	0,268	0,000**	2,24	3,29
Interpersonalni problemi	Dječaci	1,04 (1,46)	2,67 (2,21)	1,629	0,188	0,000**	1,26	1,99
	Djevojčice	0,69 (1,06)	2,1 (1,96)	1,41	0,193	0,000**	1,03	1,79
Neučinkovitost	Dječaci	1,21 (1,74)	3 (1,92)	1,793	0,204	0,000**	1,39	2,19
	Djevojčice	1 (1,39)	2,65 (1,98)	1,647	0,209	0,000**	1,26	2,06
Anhedonija	Dječaci	2,12 (2,35)	5,49 (3,54)	3,377	0,336	0,000**	2,72	4,04
	Djevojčice	2,01 (2,28)	4,97 (3,8)	2,959	0,346	0,000**	2,28	3,64
Negativno samopoštovanje	Dječaci	0,8 (1,34)	3,14 (2,32)	2,341	0,21	0,000**	1,93	2,75
	Djevojčice	0,73 (1,18)	3,68 (3,14)	2,945	0,216	0,000**	2,52	3,37

*p<0,05; ** p < 0,001, IP – interval pouzdanosti

7.3 Multivarijantna analiza podataka

Sve kategorijske varijable za koje je pronađena univarijantna povezanost sa samoubilačkim promišljanjima a koje su prikazane na slici 2 , kao i sve psihometrijske varijable (CDI i JEPQ) su uvrštene u logističku regresiju. Rezultati postepene regresijske analize unaprijed (engl. forward stepwise regression) su prikazani u Tablici 12. Analiza je rađena za svaki spol zasebno.

Slika 3 Vizualni pregled činitelja povezanih sa samoubilačkim promišljanjima

Suicidalni dječaci	Suicidalne djevojčice
Niže obrazovanje majke	Niže obrazovanje majke Niže obrazovanje oca
Veći broj djece u obitelji Treće ili kasnije dijete u obitelji Dva ili više braće Ima i brata i sestru	Dva ili više braće
Jači doživljaj obiteljske kontrole	Slabiji odnos s majkom Slabiji odnos s ocem Slabiji doživljaj roditeljskih odnosa Slabija povezanost s obitelji
Otac sudionik Domovinskog rata Majka sudionik Domovinskog rata	
Češće stupaju u fizičke obračune Češće su žrtve vršnjačkog nasilja	Imaju slabiju školsku motivaciju Rijetko odlaze na vjerske obrede Češće stupaju u fizičke obračune Češće su žrtve vršnjačkog nasilja Češće su vršnjački nasilnici
Češće konzumiraju alkohol Prekomjerno konzumiraju alkohol Konzumirali su droge	
Imaju višu razinu neuroticizma Imaju višu razinu psihoticizma Viši skor na skali kriminaliteta Iskreniji u izvješću Depresivniji su Negativnije su raspoloženi Veća razina interperonalnih problema Neučinkovitiji su Anhedonični su Negativnijeg su samopoštovanja	Imaju višu razinu neuroticizma Imaju višu razinu psihoticizma Viši skor na skali kriminaliteta Iskrenije su u izvješću Depresivnije su Negativnije su raspoložene Veća razina interpersonalnih problema Neučinkovitije su Anhedonične su Negativnijeg su samopoštovanja

Tablica 12 Nezavisni prediktori povezani sa samoubilačkim promišljanjima (logistička regresija)

		B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% IP	
Prediktorska varijabla							OI	gornji	donji
Dječaci ¹	Broj djece u obitelji								
	1			19.125	2	0.000	1		
	2	-0.773	0.866	.795	1	0.372	0.46	0.09	2.52
	3 ili više	1.276	0.819	2.428	1	0.119	3.58	0.72	17.85
	CDI ukupno	0.111	0.023	22.412	1	0.000	1.12	1.07	1.17
	Neuroticizam	0.255	0.061	17.273	1	0.000	1.29	1.14	1.46
	Ekstraverzija -intraverzija	-0.143	0.063	5.126	1	0.024	0.87	0.77	0.98
Djevojčice ²	JEPQ skala laži	-0.150	0.046	10.818	1	0.001	0.86	0.79	0.94
	CDI negativno samopoštovanje	0.634	0.1	40.004	1	0.000	1.89	1.55	2.3

¹Chi² za završni model =116,82, df =5, p < 0,001, Nagelkerke R²= 0,515

²Chi² za završni model =73,6, df =2, p < 0,001, Nagelkerke R²= 0,371

8. RASPRAVA

8.1 Učestalost samoubilačkih promišljanja

Ovo istraživanje ukazuje na relativno visoku učestalost samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji do 17,6%, pri čemu nisu uočene spolne razlike u učestalosti promišljanja. Na manje „letalnom polu“ promatranih promišljanja gdje se nalazi pitanje „Razmišljao sam o smrti.“ visoka učestalost se može dijelom pripisati adolescentnim previranjima, propitkivanju vlastitog identiteta, pa čak i postojanja. U tom kontekstu može se čak postaviti pitanje da li je učestalost od 17,6% pronađena u ovom istraživanju, pa čak i ona od skoro 50% pronađena u literaturi (23) u stvari podcijenjena, te postoji li adolescent koji barem u jednom trenutku ne promišlja o smrti.

U ovom dijelu ostavljeni smo na milost i nemilost ograničenja, ali i prednosti upitnika samoiskaza. Oni nam daju bolji uvid u internalizirajuća stanja (74), ali smo isto tako prepušteni ocjeni ispitanika da li je i koliko je za njega neko ponašanje ili promišljanje važno. Važan čimbenik u upitnicima samoiskaza je i sposobnost prisjećanja. Vjerojatno su u oba slučaja (situacija kada su promišljanja postojala, ali su procijenjena nevažnim za prijavu ili su postojala, ali ih se ispitanik ne može sjetiti) promišljanja bez značajnijeg upliva na ispitanika. Treća mogućnost je disimulacija odnosno prikriivanje, no ta skupina nažalost ostaje nedostupna ovom, ali i drugačije ustrojenim istraživanjima.

Kao potvrda u prilog zadovoljavajuće relevantnosti upitnika samoiskaza govori da oni uobičajeno pronalaze veću razinu suicidalnih fenomena poput promišljanja pa čak i medicinski manje relevantnih pokušaja samoubojstva (77). Također, kontrolna ljestvica laži u ovom istraživanju ukazuje na dobru interpretabilnost podataka. U „letalnijem dijelu“ promatranog spektra promišljanja nalaze se: želja da se bude mrtav, razmišljanja o

samoubojstvu ili potvrđan odgovor na dva ili sva tri „samoubilačka“ pitanja. U tom dijelu samoubilačkih promišljanja i dalje nalazimo do 9% ispitanika.

8.2 Samoubilačka promišljanja, obiteljski obrazovni i socioekonomski status, obiteljska struktura, te doživljaj obiteljskih odnosa, kohezije i kontrole

Nije pronađena povezanost između doživljaja obiteljskog ekonomskog statusa i samoubilačkih promišljanja. Također je nešto objektivnija mjera socioekonomskog statusa poput broja spavaćih soba po osobi identična u obje promatrane skupine i iznosi 0,72. Interesantan je podatak da čak 45% suicidalnih adolescenata svoj standard procjenjuje nadprosječnim (84).

U istraživanju je utvrđena pozitivna povezanost SP s nižim obrazovnim statusom roditelja. I očevi i majke adolescenata sa samoubilačkim promišljanjima češće imaju osam ili manje razreda osnovne škole. Ovaj nalaz je samo djelomično u skladu s literaturnim navodima koji pronalaze niže obrazovanje samo u očeva suicidalnih adolescenata (27, 102). U ovim slučajevima riječ je o istraživanjima u kojima obveznim primarnim obrazovanjem nije zahvaćeno cjelokupno stanovništvo, te nezavršavanje osnovne škole može biti odraz isključivo lošeg socioekonomskog statusa.

Specifičnost ovog istraživanja je činjenica da je osnovno obrazovanje u Republici Hrvatskoj obvezno i besplatno pa u ovom slučaju niži obrazovni status roditelja može biti odraz snažnijih negativnih vanjskih utjecaja pa čak i značajnije osobne psihopatologije koja ih je omela u dovršetku školovanja. Na žalost u ovom istraživanju nismo bili u mogućnost provesti dublju analizu moguće psihopatologije u roditelja adolescenata sa samoubilačkim tendencijama.

Suicidalni dječaci češće žive u obiteljima s troje ili više djece. Nalaz da oni sami imaju veću šansu da budu treće ili posljednje dijete u obitelji proizlazi iz prethodnog nalaza o

brojnosti obitelji. Većina prethodnih istraživanja nije pronašla povezanost između suicidalnih fenomena i broja braće/sestara, dobnog rasporeda ili redoslijeda rođenja (27, 33, 103). Jedino istraživanje koje pronalazi povezanost broja djece i suicidalnosti pronalazi ju samo kod djevojaka (33). Povezanost SP u dječaka s brojem djece u obitelji moguće je postaviti u odnos sa složenijim i zahtjevnijim interpersonalnim odnosima, a upravo na CDI ljestvici interpersonalnih problema dječaci ostvaruju više rezultate.

Varijabla 'obiteljska cjelovitost' (život s jednim ili oba roditelja) nije pokazala nikakvu povezanost sa suicidalnošću, što je u skladu s dosadašnjim istraživanjima (84). Prema Rebensteinu obiteljska kohezija je jedan od ključnih zaštitnih činitelja u odnosu na suicidalnost (88).

Studija pokazuje da suicidalne adolescentice percipiraju svoje odnose s roditeljima i njihov međusobni odnos i povezanost s obitelji slabijima. Niz studija ukazuje na značajnu povezanost između suicidalnih fenomena i slabe komunikacije s članovima obitelji (84, 104, 105). Naše istraživanje u skladu je s uočenim dokazima da je dobra komunikacija s članovima obitelji povezana s nižom razinom samoubilačkih misli. Nažalost s obzirom na presječnu prirodu istraživanja nije moguće interpretirati, niti razlučiti da li je dobra obiteljska komunikacija čimbenik otpornosti ili je loša komunikacija činitelj rizika.

Da bi se izbjegla pogrešna interpretacija, izuzetno je važno pri interpretaciji obiteljskih činitelja u obzir uzeti činjenicu da je nekoliko istraživanja pokazalo da su suicidalni adolescenti i inače skloni drugačijoj percepciji nivoa obiteljskog funkcioniranja nego njihovi nesuicidalni vršnjaci (106). Oni su i inače skloni doživljavati svoje obitelji kao manje angažirane, emocionalne i povjerljive (107).

8.3 Samoubilačka promišljanja i roditeljsko sudioništvo u Domovinskom ratu.

Zanimljiv nalaz ovog istraživanja je da suicidalni adolescenti češće imaju roditelje koji su bili sudionici Domovinskog rata, a uglavnom se radi o očevima. Takva povezanost nije pronađena kod suicidalnih adolescentica.

Rat predstavlja izuzetan stres koji može imati dugotrajan, negativan učinak na duševno zdravlje (108). Prema Millikenu i suradnicima do 42,7% ratnih veterana, pripadnika borbenih postrojbi, zahtijevaju liječenje iz područja duševnog zdravlja (109). Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), anksioznost, depresija i psihosomatske pritužbe su identificirani kao najčešće psihopatološke posljedice izloženosti borbenim djelovanjima (110, 111). Tijekom Domovinskog rata je u vojnu službu mobilizirano više od 300 000 ljudi, 1 000 000 stanovnika je izloženo izravnim ratnim utjecajima, a još ih je više izloženo neizravnim posljedicama rata (93). Među hrvatskim vojnim veteranima su najčešće posljedice PTSP i depresija kao komorbiditet uz PTSP (112-114). Kako se navedeni psihijatrijski poremećaji utvrđuju uz pomoć kategorijskog, a ne dimenzionalnog dijagnostičkog pristupa (115), lako je moguće da je u općoj populaciji još veći broj veterana s nespecifičnim, subkliničkim smetnjama koje su posljedica ratne izloženosti koje bez sumnje kompromitiraju njihovu društvenu, obiteljsku i roditeljsku funkcionalnost.

Nije moguće očekivati da te posljedice neće djelovati i na one ljude s kojima su oboljeli veterani u interakciji, a oni koji su im najbliži će biti i najozbiljnije izloženi (116). Osim negativnog horizontalnog utjecaja, osobito na supružnike (117, 118), postoje dokazi i o dugotrajnom nepovoljnom utjecaju na izravne potomke i dalje generacije (119, 120). Ovakav utjecaj dijelom može niti posljedica činjenice da određeni elementi PTSP-a, poput poremećenog socijalnog i emocionalnog reagiranja, psihičke odsutnosti, nedostupnosti i smanjene volje za socijalnom interakcijom, mogu inhibirati ponašanja povezana s uspješnim roditeljstvom. Osim posljedica na duševno zdravlje veterana, odsutnost tijekom mobilizacije

može imati negativan učinak na strukturalnu stabilnost društva, a što igra važnu ulogu u dobrostanju djece i adolescenata jer pruža konzistenciju i kontinuiranost odnosa među članovima društva. Strukturalna stabilnost tako pomaže u izgradnji povjerenja, poboljšava socijalnu podršku i omogućava društvenu kontrolu kroz posvećenost društvenim vrijednostima i normama (121). Sve ove činjenice mogu imati negativan učinak na adolescentno duševno zdravlje, uz pojavu različitih psihopatoloških stanja i crta.

Aktivno sudioništvo u ratu, dakle, izaziva širok raspon psiholoških i psihosocijalnih poteškoća u veterana s neizravnim utjecajem na njihove potomke. Roditelji koji su sudjelovali u ratu mogu stoga imati svoj osobni psihološki distres koji narušava njihovo socijalno i emocionalno funkcioniranje, što se potom može prenijeti na muške potomke i ispoljiti se kroz samoubilačka promišljanja. Mehanizam prijenosa može biti neki oblik identifikacije, psihološka nedostupnost očeva ili sekundarna traumatizacija (117).

Postoje dokazi da psihopatološki poremećaji ratnih veterana, poput PTSP-a inhibiraju ponašanja povezana s uspješnim roditeljstvom (122, 123). Podatci o ratom prouzročenoj depresivnosti su oskudni, ali postoji čitav niz dokaza da „civilna“ depresija može imati negativan utjecaj na roditeljsko ponašanje (124), kao i da postoji znatna povezanost majčina duševnog zdravlja i dječje prilagodbe nakon rata (125). U ovom istraživanju nisu prikupljeni specifični podatci o roditeljskoj psihopatologiji, ali je moguće da postoji značajan broj takovih slučajeva u promatranoj populaciji. Također je moguće da još veći broj roditelja veterana ima sub-kliničke smetnje. Jasniju sliku o uzročno posljedičnoj vezi između sudioništva roditelja u ratu i adolescentnih SP, te o tome da li je riječ o izravnoj vezi ili je ona posredovana nekim drugim činiteljima moguće je istražiti tek u za tu svrhu osmišljenim istraživanjima. Preliminarna obrada podataka na 695 ispitanika u kojoj je roditeljsko sudioništvo u Domovinskom ratu zavisna varijabla pokazuje pozitivnu povezanost s punim suicidalnim spektrom (razmišljanje o smrti, želja za smrću, razmišljanje o samoubojstvu i

pokušaj) u dječaka. Kod djevojčica je ta povezanost pronađena samo za razmišljanja o samoubojstvu (126)

8.4 Samoubilačka promišljanja, dimenzije ličnosti i stavovi

Ličnost je stabilni skup tendencija i značajki koji određuje sličnosti i razlike u ljudskom ponašanju (kao i misli i osjećaje), a koje imaju kontinuitet u vremenu i ne mogu se objasniti samo trenutnim socijalnim ili biološkim okolnostima. Crte ili dimenzije ličnosti određene su individualnom biološkom osnovom, odnosno naslijeđem, okolišnim utjecajima, kao i njihovom interakcijom (127). Postoje brojni modeli ličnosti, i prema njima strukturirani instrumenti, koji se razlikuju u definicijama i broju dimenzija koje mjere (127). Među najčešće korištenima su Eysenckov model psihoticizam ekstraverzija- neuroticizam (PEN) (96), danas vjerojatno najšire prihvaćen pet-faktorski model autora Coste i McCraea, koji uključuje pet čimbenika: neuroticizam, ekstraverzija, otvorenost, suradljivost i savjesnost (NEO-FFI model) (128) i psihobiološki model (129) koji ima sedam dimenzija, za temperament: izbjegavanje opasnosti, traženje novoga, ovisnost o nagradi i ustrajnost, te za karakter: samousmjerivanje, suradljivost i samotranscendencija. Između modela koji su uključeni u ovaj pregled postoji znatno preklapanje. Tako dimenzija izbjegavanje opasnosti visoko korelira s neuroticizmom, traženje novoga korelira s ekstraverzijom (130).

Osim za ekstraverziju naši rezultati na pod-ljestvicama ličnosti su u skladu s objavljenim istraživanjima, koja potvrđuju da su ekstraverzija, neuroticizam i psihoticizam značajno povezani sa suicidalnim fenomenima u oba spola (84). Isto je u literaturi pronađeno i za dimenziju izbjegavanja novog, dakle korelata neuroticizma (131, 132). Činjenica da nismo pronašli povezanost ekstraverzije sa suicidalnošću možda je moguće objasniti metodološkom činjenicom da se u JEPQ upitniku ta dimenzija mjeri na dipolnoj ljestvici s intraverzijom na drugom polu, te su rezultati maskirani. Prihvatimo li da ekstraverzija korelira

s dimenzijom traženja novog onda je izostanak povezanosti sa SP u skladu s inkonzistentnim nalazima u literaturi od kojih neki kažu da je ova dimenzija i protektivni činitelj (127).

Jedna od vrlo važnih dimenzija ličnosti koja je jasno povezana uz samoubilačka ponašanja je i impulzivnost koja ima i svoj jasan biološki korelat u hiposerotoninergiji (127). Impulzivnost u užem smislu je uključena u skalu psihoticizma u PEN modelu i vjerojatno je odgovorna za povezanost te dimenzije ličnosti sa SP (96). Impulzivnost i povezanost sa SP se također izražava kroz različita rizična ponašanja mjerena u ovom istraživanju.

Rezultati na ljestvici laži su općenito niski u obje ispitne skupine i oba spola što podatke cijelog istraživanja čini interpretabilnima i pouzdanijima. Suicidalna skupina ima statistički značajno niže rezultate što dodatno pojačava vjerovanje u pouzdanost iskaza suicidalne skupine. Čak je moguće pretpostaviti da postoji i određeni broj neprepoznatih, odnosno neizjavljenih slučajeva samoubilačkih promišljanja u kontrolnoj skupini.

Većina dosadašnjih istraživanja ukazuje na postojanje povezanosti negativnog stava prema školi i obrazovanju sa samoubilačkim fenomenima (84). Mi smo takovu povezanost pronašli samo za djevojčice. Pri tome je riječ isključivo o subjektivnom odnosu dok pokazatelj poput prošlogodišnjeg uspjeha u školi nema povezanosti sa samoubilačkim promišljanjima.

Prema rezultatima ovog istraživanja adolescentice bez samoubilačkih promišljanja češće prisustvuju religioznim obredima. Nisu prikupljeni podatci o vjerskoj pripadnosti ispitanika no prema statističkim podacima većina stanovnika RH se izjašnjava pripadnicima katoličke ili neke od pravoslavnih crkvi (94). Radi se o vjerskim zajednicama koje ne odobravaju samoubilačka ponašanja. Iz navedenoga bi se mogla izvući hipoteza o religioznosti kod djevojčica kao činitelju otpornosti ili zaštitnom čimbeniku od samoubilačkih promišljanja. Povezanost je vjerojatno neizravna i više ukazuje na jaču socijalnu povezanost, socijalnu podršku i privrženost društvenim vrijednostima i normama među vjernicima (121).

Općenito govoreći uloga religioznosti u evoluciji samoubilačkih promišljanja je nejasna (84). Određene studije potkrepljuju naš nalaz te tvrde da je religioznost zaštitni čimbenik (133), jedan manji broj istraživanja ne ukazuje ni na kakvu povezanost (84), a jedna studija čak ukazuje na povezanost religioznosti i povećane učestalosti samoubilačkih promišljanja (28).

8.5 Samoubilačka promišljanja i depresivnost

Ovo istraživanje u bivarijantnoj analizi, a dijelom i u multivarijantnoj pronalazi povezanost depresivnosti sa samoubilačkim promišljanjima. Više od dvadeset studija koje su depresivnost ispitivale jednom česticom ili ljestvicama depresivnosti pronalazi bivarijantnu povezanost koja se u istim studijama (ako su ih izvodile) potvrđuje i u multivarijantnim analizama, čak i nakon kontrole ometajućih varijabli (84). Potrebno je napomenuti da navedeni instrumenti nisu dijagnostički već probirni što znači da je depresivnost povezana sa samoubilačkim promišljanjima čak i u značajnom broju subkličičkih situacija.

8.6 Samoubilačka promišljanja i rizična ponašanja

Stupanje u fizičke obračune je, općenito, povezano sa suicidalnim ponašanjima u oba spola (105, 134). To je također u skladu i s našim nalazima koji pokazuju i jaku povezanost fizičkih obračuna sa visokim skorovima na skali kriminaliteta u JEPQ. Ovdje je važno naglasiti da iako se fizički obračuni obično povezuju i pripisuju eksternalizirajućim ponašanjima poput poremećaja ophođenja ili oponirajućeg ponašanja (48), moguće je ova ponašanja povezati i s depresivnim smetnjama. Naime prema DSM IV dijagnostički kriteriji za depresivni poremećaj kod djece u odnosu na odrasle razlikuju se samo u jednom dijagnostičkom kriteriju, a to je razdražljivost (57).

Iz osobnog kliničkog iskustva vidljivo je da razdražljivo dijete, uz veću razinu interpersonalnih problema, lakše stupa u fizičke obračune. Ova razlika u mogućoj etiologiji nasilnog ponašanja u djece sa suicidalnim promišljanjima nije samo akademske naravi, već ima i važne kliničke implikacije. Intervencija u slučaju internalizirajućih smetnji poput depresivnosti je u mnogome drugačija u odnosu na eksternalizirajuće smetnje. Smetnje ponašanja često u tretmanu zahtijevaju vanjsko postavljanje strukture i granica jer ih takva djeca nemaju ili su slabe. S druge strane depresivna djeca vrlo često već imaju inkorporirane i prečvrste granice koje dijelom mogu biti uzrok smetnjama. Razvidno je da bi primjena pristupa namijenjenog eksternalizirajućim ponašanjima kod depresivne djece bila ozbiljna klinička pogreška. Još veći mogući problem je, upravo u ovakvoj, nekliničkoj populaciji gdje su depresivne smetnje subliminalne. Djelovanje društvenog i obrazovnog sustava prema djeci koja su involvirana u fizičke obračune je često *a priori* orijentirano kazneno. Sve to depresivnog adolescenta može pogurati stepenicu više na ljestvici samoubilačkog kontinuuma.

U svezi vršnjačkog nasilja potvrdili smo dobro dokumentiranu veću učestalost promišljanja kod žrtava takvoga nasilja (135, 136). Nalaz da su samo djevojčice sa samoubilačkim promišljanjima sklonije biti i zlostavljač je u suprotnosti s nalazom Kim i suradnika koji pronalaze povezanost za oba spola (135). Pri svemu tome nismo potvrdili mišljenje da su zlostavljani adolescenti ujedno i moguća rizična skupina da postanu zlostavljači, barem ne u ranoj adolescentnoj dobi.

Prekomjerno i učestalo pijenje alkohola kao i konzumiranje droga je snažno povezano sa SP. Prema literaturi povezanost postoji za oba spola (84, 137), no mi smo istu pronašli samo za dječake, dok za djevojke nije bilo moguće provesti analizu poradi malih frekvencija. Učestalost navedenih rizičnih ponašanja vezanih uz zlouporabu psihoaktivnih supstanci je u

apsolutnim brojevima niska je i kod dječaka, no pitanje je koliko možemo govoriti o malim brojevima kada je riječ o ranoj adolescentnoj dobi od 12 godina.

U svezi proučavanih rizičnih ponašanja se zaključno može kazati kako je, u širem smislu, riječ o poremećajima kontrole impulsa, odnosno impulzivnosti. To odgovara nalazima da je impulzivnost jedna od dimenzija ili pod-dimenzija ličnosti čija je povezanost sa samoubilačkim promišljanjima ponajbolje dokumentirana (127).

8.7 Samoubilačka promišljanja, specifične spolne razlike i obrasci

Možda najveće iznenađenje u svezi mogućih specifičnih spolnih obrazaca povezanih uz samoubilačka promišljanja u ovom istraživanju je nepostojanje statistički značajne razlike u učestalosti promišljanja između dječaka i djevojčica.

Postoje bitne nejasnoće i nepodudarnost u dostupnoj literaturi u svezi učestalosti SP u ranoj za razliku od srednje i kasne adolescencije. Neke studije ukazuju da djevojke češće iskazuju promišljanja suicidalne naravi čak i u ranoj adolescenciji. Velika populacijska istraživanja pronalaze odnos učestalosti SP u adolescenata naspram adolescentica 4,6% / 8,4% u Kanadi (12-13 godina), te 4,0% / 8,7% za adolescente stare 12-14 godina u SAD-u (36, 90, 91). Obje studije su za istraživanje SP koristile dihotomna pitanja slična onima korištenima u ovom istraživanju (36, 90, 91). Istraživanje Garrisona i suradnika bi se moglo smatrati starijim što bi u fokus razmatranja razlika u učestalosti SP u oba spola moglo staviti moguće vremenske trendove, no nedavna studija doslovno navodi da je procjena prevalencije samoubilačkih promišljanja konzistentna s onima iz Garissonova longitudinalnog istraživanja (138).

Nasuprot ovim istraživanjima postoje istraživanja koja ne pronalaze razliku među spolovima u učestalosti SP u ranoj adolescenciji a provedena su u baltičkim zemljama Litvi (24) i Estoniji (92).

Na prvi pogled jedno od mogućih objašnjenja izostanka spolnih razlika u učestalosti promišljanja o samoubojstvu može biti jednaka učestalost depresivnih simptoma u ovoj dobi u oba spola što je prikazano u sadašnjem istraživanju kao i u istraživanju iz 2002. godine (37). Sva relevantna istraživanja samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji ističu depresivnost kao najjači korelat suicidalnosti (24, 25, 36, 91, 92, 138). Veliki problem u ovakvoj interpretaciji je što navedena istraživanja ne iznose podatke o učestalosti depresivnosti i mogućim spolnim razlikama u općoj populaciji. Za zapadni civilizacijski krug postoje istraživanja koja pokazuju da razlika u stopi depresivnosti na štetu djevojaka nastaje tek poslije dobi od 13 ili 14 (139-142) iz čega bi se mogao izvući zaključak da dvostruko veća učestalost samoubilačkih promišljanja u zapadnim zemljama (25, 36, 91, 138) postoji unatoč jednakoj učestalosti depresivnosti u oba spola.

Podatci iz Estonije potvrđuju postojanje iste učestalosti depresivnosti u oba spola u ranoj adolescenciji (92), ali pronalaze kao i naše istraživanje istu učestalost samoubilačkih promišljanja u oba doba u toj dobi.

U svjetlu nedostatnosti teorije da je ista učestalost depresivnosti isključivi ili glavni razlog nepostojanja spolne razlike u samoubilačkim promišljanjima, sasvim je izvjesno da postoji i čitav niz zasebnih činitelja ili njihovih međudjelovanja koja nismo obuhvatili aktualnom studijom.

Pregledom literature i naših podataka razvidno je da postoje dvije skupine zemalja s različitim spolnim odnosom u učestalosti suicidalnih promišljanja u ranoj adolescenciji. Na jednoj strani su zapadne zemlje SAD i Kanada s dvostruko većom učestalosti suicidalnih promišljanja u adolescentica (25, 36, 91, 138). Na drugoj strani su baltičke zemlje Estonija i Litva (24, 92) i ovo istraživanje bez spolne razlike u suicidalnosti. Dakle imamo zemlje stabilne demokracije koje su kroz razdoblje devedesetih godina dvadesetog stoljeća prolazile svoj ekonomski procvat uz sigurnost i stabilnost većine društvenih slojeva. Nasuprot njima su

zemlje koje su kroz taj period prolazile političko i ekonomsko tranzicijsko razdoblje, pri čemu je RH prošla i kroz Domovinski rat.

U ovom je istraživanju pokazana povezanost roditeljskog sudionništva u Domovinskom ratu sa suicidalnošću u dječaka i predloženi su mogući mehanizmi povezanosti. Može se pretpostaviti da je u nestabilnom tranzicijskom razdoblju veća mogućnost gubitka statusa i pada na socijalnoj ljestvici kod muškaraca, što pred njih stavlja veće zahtjeve, i moguće je da su oni osjetljiviji na promjene tipične za društva u tranziciji uključujući čak i mogući utjecaj na povećanu razinu suicidalnosti (143). Posljedični psihološki distres se sličnim identifikacijskim mehanizmima prenosi na muške potomke i to bi onda bio jedan od uzroka gubitka spolne razlike u samoubilačkim promišljanjima. Glede teoretskih modela razvoja suicidalnog ponašanja ova pojava bi se mogla uklopiti i u Durkheimov anomijski model suicidalnosti (10). Kao što je već kazano anomično samoubilačko ponašanje je karakteristično za vrijeme velikih dezintegrativnih društvenih promjena i predstavlja odgovor pojedinca na krizu koju doživljava kao nesavladivu i koristi suicidalnost kao rješenje. Durkheim je uveo pojam anomalije da bi opisao društveno stanje u kojemu postojeće norme više ne mogu kontrolirati ponašanje zbog brzih društvenih promjena. Kriza izbija zbog toga što je osoba ostavljena da se sama bori s promjenom, bez korisnog vodstva zastarjelih i tromih društvenih konvencija (13). Sasvim sigurno se može kazati da se RH već dvadeset godina nalazi u anomaliji koja moguće više zahvaća muškarce, koji kao odgovor koriste suicidalne obrasce ponašanja koji se modelom socijalnog učenja prenose na sinove.

Paradoksalno, rezultat ovoga istraživanja o slabijem osjećaju povezanosti s obitelji kod djevojčica u ovoj hipotezi može biti promatran kao zaštitni čimbenik od takvog transfera psihosocijalnog distresa.

Iako su neke statistički značajne povezanosti iščezle kod multivarijantne analize, i dalje se uočavaju spolno specifični obrasci. Kod dječaka nalazimo neke činitelje povezane sa

samoubilačkim promišljanjima čije djelovanje je možda više eksternalno. Među njima je broj djece u obitelji, što može rezultirati većom razinom interpersonalnih problema. Ostali čimbenici značajni u multivarijantnoj analizi poput ekstroverzije/introverzije su također pod jačim uplivom i reaktivniji na vanjske podražaje (96). Ovi „eksternalni“ činitelji ne pokazuju značaj u logističkoj regresiji kod djevojčica. Naša pretpostavka je da su samoubilačka promišljanja u djevojaka više „endogena“ i stabilna za razliku od mladića koji su skloniji reagirati na okolinske promjene koje su značajno intenzivirane nedavnim ratom i društveno ekonomskim promjenama tranzicijskog razdoblja.

U raspravi i interpretaciji rezultata važno je uzeti u obzir i činjenicu da psihopatologija koja se pojavljuje u adolescenciji i inače može biti različito izražena po spolu. Adolescentice se potiču na veću ovisnost i samopodcjenjivanje (činitelji povezani s internalizirajućim poremećajima). Za razliku od njih adolescenti se odgajaju da budu asertivniji i agresivniji (činitelji bliže povezani s eksternalizirajućim poremećajima). Ovo istraživanje je dakle dijelom podržalo saznanja iz srednje i kasne adolescencije da su djevojke sklonije razvoju internalizirajućih reakcija (86, 144), dok će mladići vjerojatnije iskazati eksternalizirajuća ponašanja (145). Također treba istaknuti da isti obrasci reagiranja su pronađeni i kao reakcija na obiteljsku disfunkcionalnost (146).

8.8 Prednosti i ograničenja istraživanja

Jedna od najvažnijih prednosti ove studije je homogenost uzorka po dobi što je izuzetno važno u brzo izmjenjivom razvojnem procesu poput adolescencije. Srednja dob ispitanika iz ovoga istraživanja je jedna od najnižih u literaturi o samoubilačkim promišljanjima. Istraživanje u ovoj dobi nam pruža mogućnost da razumijemo začetke suicidalnih fenomena što naravno olakšava i ranu intervenciju.

Rana adolescencija predstavlja optimalno razdoblje za identifikaciju rizičnih činitelja za suicidalnost.

Istraživanja u mlađe djece nisu pronašla značajne povezanosti između samoprijavljenih rizičnih čimbenika i kasnije suicidalnosti (73). Nasuprot tome, od dobi 11 godina navise većina mladih ljudi razvije dovoljan uvid u vlastita emocionalna iskustva, te mogu pružiti valjani izvještaj (147). Ovo razdoblje je prelazno prema srednjoj i kasnoj adolescenciji, te ranoj odrasloj dobi kada se događa značajan porast suicidalnih fenomena kroz cijeli spektar sve do izvršenja (148). Rana adolescencija stoga predstavlja jedinstveni prozor u prostor u kojemu su emocionalni uvid, ali i problemi u porastu, a suicidalni rizik još nije na vrhuncu (148).

Dodatna izvorna vrijednost je da naše istraživanje uključuje i povezanost roditeljskog sudioništva u ratu o čemu postoji vrlo malo podataka. Prema našim saznanjima vrlo malo istraživanja sa samoiskazom na temu samoubilačkih promišljanja koristi kontrolni instrument poput ljestvice laži (JEPQ) što dijelom može biti kompenzacija za ograničenja ove vrste istraživanja u smislu kontrole pouzdanosti iskaza.

Ovo istraživanje treba promatrati i interpretirati i kroz prizmu određenih ograničenja. Prvo je ograničenje da je uzorak na određeni način prigodan. Smatramo da je ovo ograničenje nadiđeno veličinom uzorka (26% ukupne populacije i 33% svih škola na istraživanom području) i činjenicom da je osnovno školovanje u RH obvezno, a učenici u školu idu prema mjestu stanovanja.

Podatci su samoiskaz adolescenata i nisu provjeravani kroz hetero-anamnestičke izvore (roditelji, nastavnici, vršnjaci). Prednosti i ograničenja ovoga su već raspravljani u odsječku o općenitoj učestalosti samoubilačkih fenomena.

Studija se zasniva isključivo na presječnim podacima, bez mogućnosti utvrđivanja uzročno-posljedične veze. To se može postići samo budućim prikladno osmišljenim studijama praćenja, a nalazi ovog istraživanja pri tome mogu dati tek određene smjernice.

Vrlo je važno napomenuti duljinu upitnika kao moguće ograničenje istraživanja. Naime upitnik sadrži 141 česticu, a vrijeme ispunjavanja je bilo 45 minuta. Opravdani prigovor bi bio da djeca ove dobi ne mogu zadovoljavajuće održati svoju pozornost i koncentraciju. Ono što možda kompenzira ovaj nedostatak je činjenica da se sve relevantne čestice iz upitnika nalaze do čestice broj 114. To uključuje i kontrolni instrument, ljestvicu socijalno poželjnih odgovora, a koja pokazuje da su rezultati na upitniku do čestice 114 zadovoljavajuće interpretabilni. Posljednjih 27 čestica odnosi se na ljestvicu dječje depresivnosti u svezi koje su potvrđene od prije poznate povezanosti sa samoubilačkim promišljanjima i to na značajnoj razini vjerojatnosti ($p < 0,001$).

Na posljetku, ovo istraživanje je analiziralo povezanost samoubilačkih promišljanja s nizom varijabli, no potrebno je napomenuti da nismo obuhvatili sve, te zasigurno postoji još čitav niz mogućih činitelja povezanih sa samoubilačkim promišljanjima.

9. ZAKLJUČCI

Rezultati istraživanja potvrđuju veći dio polazne pretpostavke:

1. Samoubilačka promišljanja u ranoj adolescenciji su relativno učestao fenomen, uz gubitak spolne razlike u učestalosti što je možda dijelom moguće povezati s značajnom društvenim zbivanjima poput Domovinskog rata i socioekonomske tranzicije.
2. Rani adolescenti sa samoubilačkim promišljanjima ostvaruju više rezultate na ljestvicama depresije, psihoticizma, neuroticizma i kriminaliteta.
3. Postoje spolne razlike u socio-demografskim varijablama, rizičnom i protektivnom ponašanju (Slika 3)
4. Pronađena je povezanost roditeljskog sudioništva u Domovinskom ratu sa samoubilačkim promišljanjima, ali samo kod dječaka.

10. ZNANSTVENI DOPRINOS I KLINIČKA PRIMJENA

Ovo istraživanje ukazuje na visoku učestalost samoubilačkih promišljanja u općoj populaciji ranih adolescenata. Također je uočeno i postojanje specifičnih spolnih obrazaca. Za samoubilačka promišljanja u kasnijim fazama adolescencije je dobro dokumentirana povezanost s nizom psihijatrijskih poremećaja dječje dobi, kako internalizirajućih tako i eksternalizirajućih. Postoji i povezanost s nižom razinom psihološkog funkcioniranja koje je subkliničkog intenziteta. Iz svega proizlazi da su SP osjetljiv, ali nespecifičan marker aktualnog i budućeg psihosocijalnog distresa. Istraživanjem smo pokušali utvrditi povezanost različitih sociodemografskih varijabli, ponašanja, stavova, crta ličnosti, roditeljskog sudionništva u ratu sa samoubilačkim promišljanjima, te smo određene povezanosti i pronašli. U većini slučajeva lakše je primijetiti i tražiti te povezane činitelje nego suicidalnost ili predležeci poremećaj. Ukoliko bi se pronašao i određeni profil adolescenata koji su pod većim rizikom kao što je to prikazano u našem istraživanju, to bi imalo značajne preventivne i kliničke implikacije. Presječni ustroj ovoga istraživanja ne dozvoljava zaključivanje o uzročno-posljedičnim vezama, ali može predstavljati smjernice za daljnja istraživanja. Već na osnovu ovih rezultata moguće je tvrditi da je potreban spolno specifičan pristup u probiru, dijagnosticiranju, liječenju i prevenciji suicidalnosti odnosno poremećaja koji se nalaze u pozadini. Također je moguće tvrditi da bi i djeca sudionika Domovinskog rata, osobito dječaci, mogli biti jedna od ciljnih skupina za specifični pristup.

11. SAŽETAK

Pozadina i cilj: Samoubilačka promišljanja (SP) su indikator i prediktor psihološkog distresa. Istraživali smo njihovu učestalost kod ranih adolescenata i njihovu povezanost sa sociodemografskim varijablama, ponašanjima, stavovima, roditeljskim sudioništvom u ratu, depresivnim simptomima i crtama ličnosti. Tragali smo i za specifičnim spolnim razlikama ili obrascima.

Tvoriva i postupci: Presječna studija s korištenjem samoiskaznog upitnika provedena je na 803 dvanaestogodišnjaka. Samoubilačka promišljanja su procjenjivanja sa tri dihotomna pitanja. Ostali podatci su prikupljeni uporabom sociodemografskog upitnika, Eysenckovog upitnika ličnosti za djecu i adolescente (JEPQ) i Skale dječje depresivnosti (CDI). Nenamjerno ozljeđivanje, fizički obračuni te sudjelovanje u vršnjačkom zlostavljanju je procjenjivano korištenjem pitanja iz upitnika SZO Zdravstveno ponašanje u djece školske dobi (WHO-HBSC).

Rezutati: Pronađena je učestalost SP do 17,6%. Nisu uočene spolne razlike. SP u dječaka su povezana sa nižim obrazovanjem majke; napućenijim obiteljima; redosljedom rođenja; roditeljskim sudioništvom u ratu; fizičkim obračunima; češće su žrtve vršnjačkog nasilja i zloupotrebljavaju supstance. Kod djevojčica su pronađeni povezanost sa nižim roditeljskim obrazovanjem; većim brojem braće; slabijom percepcijom odnosa sa roditeljima; roditeljskog međusobnog odnosa; slabijim osjećajem obiteljske kohezije i kontrole; negativnim stavom prema školi; rjeđim odlascima na vjerske obrede; fizičkim obračunima te sudjelovanjem u vršnjačkom zlostavljanju i kao akter i kao žrtva. Depresivni simptomi su povezani sa SP u oba spola.

Zaključak: Iako nema spolne razlike u učestalosti SP ona ipak pokazuju spolno specifični obrazac. Ovo u određenoj mjeri može biti objašnjivo sa roditeljskim sudioništvom u ratu kao i socioekonomskim promjenama koje su uzrokovane tranzicijom. Nalazi istraživanja mogu imati potencijalno važne kliničke i preventivne implikacije.

12. SUMMARY

Background/Aims: Suicidal ideations (SI) indicate and predict psychological distress. We examined the prevalence of SI among early adolescents and its association with socio-demographic and behavioural characteristics, attitudes, parental war participation, depressive symptoms, personality traits and parental war participation. We were looking for possible gender differences or patterns as well.

Methods: A cross-sectional, questionnaire study was performed on 803 twelve-year-old adolescents. Suicidal ideations were assessed with three dichotomous items. Data were collected using a socio-demographic questionnaire, *the Junior Eysenck Personality Questionnaire* and *Children Depression Inventory*. Unintentional injuries, physical fighting and involvement in bullying behaviour were assessed using questions from the World Health Organization (WHO) survey *Health Behaviour in School-aged Children*.

Results: There were no gender differences in SI prevalence. SI in males were associated with lower maternal education; crowded families; birth order; parental war participation; physical fighting; being bullied; and substance use. In females, we found association with lower parental educational level; number of brothers; lower perception of the relationship with parents, parental relationship, family cohesion and parental control; negative attitude towards school; rare church attendance; fighting; and being bully or bullied. Depressive symptoms and SI were associated in both genders.

Conclusion: SI showed gender-specific associations that may partially be explained with parental war involvement and socioeconomic changes caused with transition. These findings may have potentially important clinical and preventive implications.

13. POPIS LITERATURE

1. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. In: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook 3rd ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins 2002. p. 796-805.
2. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. Br J Psychiatry. 1974 May;124(0):460-9.
3. Shneidman ES. Definition of Suicide. Lanham: Jason Aronson; 1977.
4. Franić T. Hitna stanja u psihijatriji. U: Meštrović J, urednik. Hitna stanja u pedijatriji. Zagreb: Medcinska naklada; 2011.
5. Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ. Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. Suicide Life Threat Behav. 1999 Summer;29(2):131-40.
6. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. Jama. 2005 Oct 26;294(16):2064-74.
7. World Health Report 2003: Shaping the Future [database on the Internet]. World Health Organization. 2003. Available from: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf
8. Miller DN, Eckert TL. Youth Suicidal Behavior: An Introduction and Overview. School Psychology Review. 2009;38(2):153-67.
9. Marčinko D. Modeli razumijevanja suicidalnoga ponašanja. U: Marčinko D, urednik. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011. p. 15-23.
10. Durkheim E. Suicide - a study in sociology. New York: The Free Press; 1957.
11. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. Suicide Life Threat Behav. 1993 Summer;23(2):139-45.

12. Rudd MD. Warning signs for suicide? *Suicide Life Threat Behav.* 2003 Spring;33(1):99-100.
13. Wagner BM. *Suicidal Behavior in Children and Adolescents* New Haven: Yale University Press; 2009.
14. Pilić D. *Samoubojstvo: oproštajna pisma.* Zagreb: Marjan express; 1998.
15. Shneidman ES. *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior.* Lanham: Jason Aronson; 1995.
16. Joiner TE. *Why people die by suicide.* Cambridge: Harvard University Press; 2005.
17. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009 Apr 18;373(9672):1372-81.
18. Mazza JJ, Reynolds WM. School-wide approaches to prevention of and treatment for depression and suicidal behaviors. In: Doll B, Cummings JA, editors. *Transforming school mental health services.* Corwin: Thousand Oaks; 2008. p. 213-41.
19. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry.* 2007 Jul;164(7):1035-43.
20. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The columbia-suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011 Dec 1;168(12):1266-77.
21. Burless C, De Leo D. Methodological issues in community surveys of suicide ideators and attempters. *Crisis.* 2001;22(3):109-24.
22. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis.* 2006;27(1):4-15.
23. Groleger U, Tomori M, Kocmur M. Suicidal ideation in adolescence--an indicator of actual risk? *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2003;40(3):202-8.

24. Zemaitiene N, Zaborskis A. Suicidal tendencies and attitude towards freedom to choose suicide among Lithuanian schoolchildren: results from three cross-sectional studies in 1994, 1998, and 2002. *BMC Public Health*. 2005;5:83.
25. Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL, McKeown RE, Waller JL. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991 Jul;30(4):597-603.
26. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicide ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and practice*. 1996(3):25-46.
27. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992 Jul;31(4):655-62.
28. Stewart SM, Lam TH, Betson C, Chung SF. Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide Life Threat Behav*. 1999 Autumn;29(3):227-40.
29. Allison S, Roeger L, Martin G, Keeves J. Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2001 Aug;35(4):498-503.
30. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med (Fremantle)*. 2002 Mar;14(1):35-42.
31. Gmitrowicz A, Szymczak W, Kropiwnicki P, Rabe-Jablonska J. Gender influence in suicidal behaviour of Polish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Oct;12(5):205-13.

32. Dervic K, Akkaya-Kalayci T, Kapusta ND, Kaya M, Merl E, Vogel E, Pellegrini E, Friedrich MH. Suicidal ideation among Viennese high school students. *Wien Klin Wochenschr.* 2007;119(5-6):174-80.
33. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1995 May;34(5):599-611.
34. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 Nov;104(5):332-9.
35. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological medicine.* 2000 Jan;30(1):23-39.
36. Afifi TO, Cox BJ, Katz LY. The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Canadian journal of psychiatry.* 2007 Oct;52(10):666-74.
37. Dodig G, Dedić M, Uglešić B, Franić T. Depresivnost mlađe adolescentne dobi. *Treći hrvatski psihijatrijski kongres - sažeci radova; Osijek2002.* p. 42.
38. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull.* 1985;21(4):995-8.
39. Lieberman EJ. Suicidal ideation and young adults. *Am J Psychiatry.* 1993 Jan;150(1):171.
40. Ash R. Children and adolescents. In: Simon R, Hales R, editors. *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management.* 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2006. p. 35-55.

41. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999 Dec;38(12):1497-505.
42. Brezo J, Paris J, Barker ED, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, Hebert M, Turecki G. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychological medicine*. 2007 Nov;37(11):1563-74.
43. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Hebert M, Turecki G. Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: a population-based study. *Psychological medicine*. 2007 May 31:1-12.
44. Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995 Oct;34(10):1308-17.
45. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry*. 2005 Oct;75(4):676-83.
46. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheek F. Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *Med J Aust*. 2001 Nov 19;175(10):546-9.
47. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, Flisher AJ, Goodman S, Canino G, Shaffer D. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998 Sep;37(9):915-23.
48. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jul;56(7):617-26.

49. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993 Jan;32(1):8-20.
50. Pfeffer CR. Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry*. 2001 Jun 15;49(12):1055-61.
51. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1226-32.
52. Sourander A, Helstela L, Haavisto A, Bergroth L. Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of affective disorders*. 2001 Mar;63(1-3):59-66.
53. Steinhausen HC, Bosiger R, Metzke CW. Stability, correlates, and outcome of adolescent suicidal risk. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2006 Jul;47(7):713-22.
54. Steinhausen HC, Metzke CW. The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Dec;110(6):438-45.
55. Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992 Jul;31(4):649-54.
56. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological medicine*. 2005 Jul;35(7):983-93.
57. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV TR* American Psychiatric Association, Washington DC; 2000.

58. Joiner TE, Jr., Rudd MD. Overview of special issue on adolescent suicide: risk, assessment, and treatment. *J Adolesc.* 1998 Aug;21(4):355-7.
59. Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent patients--healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000 Feb;154(2):162-8.
60. Apter A, Shaffer D, editors. Youth suicide prevention: Different approaches to case finding. 8th European Training Seminar for young researchers in child and adolescent psychiatry 2010; Certosa di Pontignano, Siena, Italy.
61. Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
62. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005 Apr 6;293(13):1635-43.
63. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996 Apr;53(4):339-48.
64. Pfeffer CR. *The Suicidal Child.* New York: The Guilford Press; 1986.
65. Fredrick CJ. Current trends in suicidal behavior in the United States *American Journal of Psychotherapy.* 1978;32:172-200.
66. Nagy M. *The Child's View of Death.* In: Feifel H, editor. *The Meaning of Death.* New York: McGraw-Hill; 1959.
67. Center for Disease Control and Prevention. *Child Development Homepage/Development/Facts.* Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2011 [updated September 12; cited 2011 December 04]; Available from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment>.

68. King RA. Adolescence. In: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 332-42.
69. Erikson E. Childhood and society. 2nd ed. New York: Norton; 1963.
70. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol.* 1998 Feb;107(1):128-40.
71. Giedd JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci.* 2004 Jun;1021:77-85.
72. Steinberg L, Dahl R, Keating DK, DJ., Masten A, Pine D. The study of developmental psychopathology in adolescence: Integrating affective neuroscience with the study of context In: Cicchetti D, editor. *Handbook of developmental psychopathology.* New York; NY: John Wiley & Sons; 2006.
73. Sourander A, Ronning J, Brunstein-Klomek A, Gyllenberg D, Kumpulainen K, Niemela S, Helenius H, Sillanmaki L, Ristkari T, Tamminen T, Moilanen I, Piha J, Almqvist F. Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *Arch Gen Psychiatry.* 2009 Sep;66(9):1005-12.
74. Rudolph KD, Clark AG. Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: social-cognitive distortion or reality? *J Abnorm Child Psychol.* 2001 Feb;29(1):41-56.
75. Sethi S, Nolen-Hoeksema S. Gender differences in internal and external focusing among adolescents. *Sex Roles.* 1997;37(9-10):687-700.

76. Shibley J, Mezulis A, Abramson LY. The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*. 2008;115(2):291-313.
77. Apter A. Adolescent suicide and attempted suicide. In: Wasserman D, editor. *Suicide: An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd.; 2001. p. 181-93.
78. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998 Jun;37(6):612-9.
79. Hawton K, Sinclair J. The challenge of evaluating the effectiveness of treatments for deliberate self-harm. *Psychological medicine*. 2003 Aug;33(6):955-8.
80. Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior. *J Nerv Ment Dis*. 1998 May;186(5):269-75.
81. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. *Acad Emerg Med*. 2007 Sep;14(9):810-8.
82. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun;182:537-42.
83. Klomek AB, Sourander A, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I, Almqvist F, Gould MS. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *Journal of affective disorders*. 2008 Jul;109(1-2):47-55.
84. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev*. 2004 Dec;24(8):957-79.

85. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94.
86. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1993 Sep;34(6):851-67.
87. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, Rimpela A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj*. 1999 Aug 7;319(7206):348-51.
88. Rubenstein JL, Halton A, Kasten L, Rubin C, Stechler G. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiatry*. 1998 Apr;68(2):274-84.
89. Dervic K, Brent DA, Oquendo MA. Completed suicide in childhood. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Jun;31(2):271-91.
90. Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *American journal of epidemiology*. 1991 May 15;133(10):1005-14.
91. Fotti SA, Katz LY, Afifi TO, Cox BJ. The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Canadian journal of psychiatry*. 2006 Oct;51(11):698-703.
92. Samm A, Tooding LM, Sisask M, Kolves K, Aasvee K, Varnik A. Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 May;19(5):457-68.
93. Kozaric-Kovacic D, Kocijan-Hercigonja D, Jambrosic A. Psychiatric help to psychotraumatized persons during and after war in Croatia. *Croat Med J*. 2002 Apr;43(2):221-8.

94. CROSTAT. Census of population, households and dwellings on 31th march 2001 [database on the Internet]. Republic of Croatia Central Bureau of Statistics. 2001. Available from: <http://www.dzs.hr/>.
95. Currie C, Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. Health and Health Behaviour Among Young People (International Report From the HBSC 1997/98 Survey). Geneva: World Health Organization; 2000; Available from: <http://www.hbsc.org>.
96. Eysenck HJ, Eysenck, S.B.G. Manual of the Eysenck personality questionnaire (adult and junior). London: Hodder & Stoughton; 1975.
97. Eysenck HJ, Eysenck, S.B.G. . Priručnik za Eysenckov upitnik ličnosti (EPQ-djeca i odrasli). Jastrebarsko: Naklada Slap 1994.
98. Kovacs M. Childrens Depression Inventory. CDI. Manual. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.1992.
99. Fundudis T, Berney TP, Kolvin I, Famuyiwa OO, Barrett L, Bhate S, Tyrer SP. Reliability and validity of two self-rating scales in the assessment of childhood depression. Br J Psychiatry Suppl. 1991 Jul;11(11):36-40.
100. Knight D, Hensley VR, Waters B. Validation of the Children's Depression Scale and the Children's Depression Inventory in a prepubertal sample. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 1988 Nov;29(6):853-63.
101. Zivcic I. Emotional reactions of children to war stress in Croatia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1993 Jul;32(4):709-13.
102. Dubow EF, Tisak J. The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children: the role of social support and social problem-solving skills. Child Dev. 1989 Dec;60(6):1412-23.

103. Juon HS, Nam JJ, Ensminger ME. Epidemiology of suicidal behavior among Korean adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1994 May;35(4):663-76.
104. Kerr DC, Preuss LJ, King CA. Suicidal adolescents' social support from family and peers: gender-specific associations with psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 2006 Feb;34(1):103-14.
105. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, Lahey BB, Shaffer D, Gould MS. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001 Jul;40(7):837-46.
106. Kashani JH, Suarez L, Luchene L, Reid JC. Family characteristics and behavior problems of suicidal and non-suicidal children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1998 Winter;29(2):157-68.
107. King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993 Nov;32(6):1198-206.
108. Loncar C, Definis-Gojanovic M, Dodig G, Jakovljevic M, Franic T, Marcinko D, Mihanovic M. War, mental disorder and suicide. *Coll Antropol*. 2004 Jun;28(1):377-84.
109. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Jama*. 2007 Nov 14;298(18):2141-8.
110. The Iowa Persian Gulf Study Group. Self-reported illness and health status among Gulf War veterans. A population-based study. The Iowa Persian Gulf Study Group. *Jama*. 1997 Jan 15;277(3):238-45.

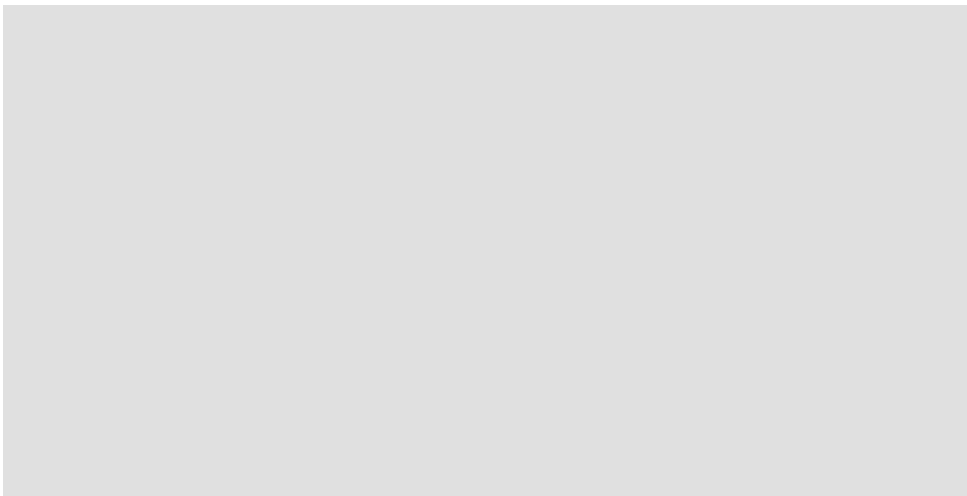
111. O'Toole BI, Marshall RP, Grayson DA, Schureck RJ, Dobson M, Ffrench M, Pulvertaft B, Meldrum L, Bolton J, Vennard J. The Australian Vietnam Veterans Health Study: II. self-reported health of veterans compared with the Australian population. *International journal of epidemiology*. 1996 Apr;25(2):319-30.
112. Kozaric-Kovacic D, Borovecki A. Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related post-traumatic stress disorder. *Mil Med*. 2005 Mar;170(3):223-6.
113. Kozaric-Kovacic D, Hercigonja DK, Grubisic-Ilic M. Posttraumatic stress disorder and depression in soldiers with combat experiences. *Croat Med J*. 2001 Apr;42(2):165-70.
114. Gregurek R, Klain E. Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatsko iskustvo Zagreb: Medicinska naklada. 2000.
115. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV TR* American Psychiatric Association, Washington DC; 2000.
116. Galovski T, Lyons J. Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior* 2004;9:477-501.
117. Franciskovic T, Stevanovic A, Jelusic I, Roganovic B, Klaric M, Grkovic J. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J*. 2007 Apr;48(2):177-84.
118. Manguno-Mire G, Sautter F, Lyons J, Myers L, Perry D, Sherman M, Glynn S, Sullivan G. Psychological distress and burden among female partners of combat veterans with PTSD. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Feb;195(2):144-51.
119. Motta RW, Joseph JM, Rose RD, Suozzi JM, Leiderman LJ. Secondary trauma: assessing inter-generational transmission of war experiences with a modified Stroop procedure. *J Clin Psychol*. 1997 Dec;53(8):895-903.

120. Scharf M. Long-term effects of trauma: psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Dev Psychopathol.* 2007 Spring;19(2):603-22.
121. Thorlindsson T, Bernburg JG. Community structural instability, anomie, imitation and adolescent suicidal behavior. *J Adolesc.* 2009 Apr;32(2):233-45.
122. Davidson AC, Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry.* 2001 Jun;35(3):345-51.
123. Ruscio AM, Weathers FW, King LA, King DW. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing. *Journal of traumatic stress.* 2002 Oct;15(5):351-7.
124. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2000 Aug;20(5):561-92.
125. Smith P, Perrin S, Yule W, Rabe-Hesketh S. War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 2001 Mar;42(3):395-404.
126. Franić T. Suicidalno ponašanje u adolescenciji i povezanost s roditeljskim sudioništvom u Domovinskom ratu U: Marčinko D, urednik. *Suicidologija.* Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
127. Marčinko D. *Personologija.* U: Marčinko D, Urednik. *Suicidologija.* Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
128. Costa P, McCrae R. *Revised NEO Personality Inventory profesional manual* 1992.
129. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Dec;50(12):975-90.
130. Costa PT, Jr., McCrae RR. Primary traits of Eysenck's P-E-N system: three- and five-factor solutions. *J Pers Soc Psychol.* 1995 Aug;69(2):308-17.

131. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, Hebert M, Turecki G. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological medicine*. 2006 Feb;36(2):191-202.
132. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Mar;113(3):180-206.
133. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003 Apr;42(4):386-405.
134. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res*. 2003 Oct 15;120(3):247-55.
135. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):357-63.
136. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A, Boyce WT. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Sep;63(9):1035-41.
137. Light JM, Grube JW, Madden PA, Gover J. Adolescent alcohol use and suicidal ideation: a nonrecursive model. *Addict Behav*. 2003 Jun;28(4):705-24.
138. Vander Stoep A, Adrian M, McCauley E, Crowell SE, Stone A, Flynn C. Risk for suicidal ideation and suicide attempts associated with co-occurring depression and conduct problems in early adolescence. *Suicide Life Threat Behav*. 2011 Jun;41(3):316-29.
139. Angold A, Costello EJ. Puberty and depression. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2006 Oct;15(4):919-37, ix.
140. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological medicine*. 1998 Jan;28(1):51-61.

141. Angold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *Journal of affective disorders*. 1993 Oct-Nov;29(2-3):145-58.
142. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002 Feb;41(2):190-8.
143. Varnik A, Kolves K, Allik J, Arensman E, Aromaa E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis CM, Giupponi G, Gusmao R, Kopp M, Marusic A, Maxwell M, Oskarsson H, Palmer A, Pull C, Realo A, Reisch T, Schmidtke A, Perez Sola V, Wittenburg L, Hegerl U. Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. *Journal of affective disorders*. 2009 Mar;113(3):216-26.
144. Kashani JH, Orvaschel H, Rosenberg TK, Reid JC. Psychopathology in a community sample of children and adolescents: a developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1989 Sep;28(5):701-6.
145. Kuperman S, Schlosser SS, Lidral J, Reich W. Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999 Jun;38(6):686-92.
146. Crawford TN, Cohen P, Midlarsky E, Brook JS. Internalizing symptoms in adolescents: Gender differences in vulnerability to parental distress and discord. *Journal of Research on Adolescence*. 2001;11(1):95-118.
147. Reynolds W. Self-report methodology. In: Ollendick T, Hersen M, editors. *Handbook of child and adolescent assessment*. Boston: Allyn&Bacon; 1993. p. 98-123.
148. Vander Stoep A, McCauley E, Flynn C, Stone A. Thoughts of Death and Suicide in Early Adolescence. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(6).

14. ŽIVOTOPIS



ŠKOLOVANJE

Datum	Od lipnja 2005
Mjesto	Split
Ustanova	Klinika za psihijatriju, KBC Split
Pozicija	Psihijatar u ambulanti za dječju i adolescentnu psihijatriju

Datum	18. travnja – 09. lipnja 2005.
Mjesto	Split
Ustanova	Klinika za psihijatriju, KBC Split
Pozicija	Specijalizacija iz psihijatrije

Datum	Lipanj 1998. – 18. travnja 2005.
Mjesto	Tomislavgrad, BiH
Ustanova	Dom zdravlja Tomislavgrad
Pozicija	Liječnik u hitnoj službi

Datum	1997.
Mjesto	Vojne baze Sinj, Borongaj i Lora
Ustanova	HV
Pozicija	Liječnik

Datum 1990.- 1996. ukupno do 9 mjeseci
Mjesto Split
Ustanova Ustanova za hitnu medicinsku pomoć
Pozicija

USA VRŠAVANJE

Godina 19. – 25- lipnja 2011.
Mjesto Salzburg, Austrija
Ustanova Open Medical Institute, a Program of American-Austian
Foundation u suradnji sa Sveučilištem Weill Cornell
Područje OMI Psychiatry, Kognitivno-bihevioralna terapija psihoza;
Psihoterapija usmjerena na transfer u liječenju poremećaja
osobnosti

Godina 21. – 26. studenog 2010.
Mjesto Certosa di Pontignano, Siena, Italija
Ustanova Foundation Child and SOPSI – working unit on child and
adolescent psychiatry; Co-Sponsorship of WPA – World
Psychiatric Association
Pod mentorstvom profesora Ernesta Caffa, Benneta
Leventhala i Alana Aptera
Područje „8th European Training Seminar for young researchers in
child and adolescent psychiatry ”

Godina 31. siječnja – 03. veljače 2010.
Mjesto Zagreb
Ustanova Hrvatsko psihijatrijsko društvo i Action for The Mental
Health, Geneva
Područje Profesionalni razvoj, prezentacijske i komunikacijske
vještine, menadžment u psihijatriji, znanstveno publiciranje,
sastavljanje i prijava projekata. Mentorstvo: profesori Ana
Marušić i Norman Sartorius

Godina	2009. nadalje
Mjesto	Split
Ustanova	Pravni fakultet, Sveučilište u Splitu
Područje	Dodiplomski integrirani studij prava
Godina	2009.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Društvo za psihološku pomoć u suradnji s Netherlands centre for social development
Područje	Edukacija iz područja „Psihosocijalni tretman počinitelja nasilja u obitelji“; licencirani voditelj od strane Ministarstva pravosuđa
Godina	2007.- 2009.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Hrvatsko udruženje za kognitivnu i bihevioralnu terapiju
Područje	Izobrazba iz Kognitivno bihevioralne terapije I. i II. stupanj
Godina	2008.
Mjesto	Kortenberg i Leuven, Belgija
Ustanova	Sveučilišna bolnica Katoličkog sveučilišta Leuven
Područje	Studijski boravak od mjesec dana u Sveučilišnom psihijatrijskom centru Korteneberg i Odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju mentori Prof. Joseph Peuskens, Prof Marc De Hert i Prof Marina Danckaert
Godina	11.- 13. veljače 2008.
Mjesto	Split
Ustanova	Medicinski fakultet, Sveučilište u Splitu
Područje	Vještina medicinske edukacije i znanstvenog rada

Godina	2007.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Područje	Poslijediplomski specijalistički studij «Dječja i adolescentna psihijatrija»
Godina	2006.
Mjesto	Split
Ustanova	Hrvatsko društvo za forenzičku psihijatriju
Područje	Edukacija i licenciranje (19. siječnja) za Stalnog sudskog vještaka iz psihijatrije
Godina	2001. – 2005.
Mjesto	Split
Ustanova	Medicinski fakultet, Sveučilište u Splitu
Područje	Doktorski studij Temeljne i kliničke medicinske znanosti
Godina	2001. – 10. lipnja 2005.
Mjesto	Split, Zagreb
Ustanova	KBC Split, PB Vrapče, KB Sestre milosrdnice, KBC Zagreb
Područje	Specijalizacija psihijatrije
Godina	1990. – 19. listopada 1996.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu
Područje	Studij medicine
Godina	1986. – 1990.
Mjesto	Split
Ustanova	Zdravstveni obrazovni centar
Područje	Obrazovanje za medicinskog tehničara

RADNO ISKUSTVO

Datumi (od – do)	Medicinski tehničar: - hitna pomoć 8 mjeseci Liječnik: - vojne baze Borongaj i Lora 6 mjeseci - Tomislavgrad BiH, hitna pomoć 32 mjeseca Od 19. ožujka 2001. specijalizant a od 10. lipnja 2005. specijalist psihijatar u KBC Split
Ustanova zaposlenja	KBC Split
Naziv radnog mjesta	Specijalist psihijatar
Područje rada	Dječja i adolescentna, te adultna psihijatrija
OSTALO	Tijekom studija Stipendist grada Splita, te dobitnik Rektorske stipendije Sveučilišta u Zagrebu za najboljeg studenta na završnoj godini studija
NASTAVNE AKTIVNOSTI	Oko 200 sati predavanja iz predmeta psihijatrija u Srednjoj medicinskoj školi u Splitu. Naslovni asistent u katedri Neurologija i psihijatrija za znanstveno područje biomedicina i zdravstvo, polje kliničke medicinske znanosti, grana psihijatrija od 07. 12. 2006. Nastava iz Psihijatrije na studiju Medicine, Nastava iz predmeta Pedijatrija na studiju medicine, Nastava iz elektivnog predmeta Mozak i ovisnosti, studij Medicine Sveučilište u Splitu Odjel za stručne studije stručni suradnik II predavač iz predmeta Psihijatrija studij Sestrinstva Nastava iz forenzičke psihijatrije na Studiju forenzike u Splitu Nastava na poslijediplomskom specijalističkom studiju Medicinsko pravo na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Splitu

ZNANSTVENI RAD

Povezanost roditeljskog sudioništva u Domovinskom ratu s indikatorima psihosocijalnog distresa u ranoj adolescenciji.

Smetnje spavanja u ranoj adolescenciji.

Religioznost u ranoj adolescenciji i indikatori psihosocijalnog distresa.

U suradnji sa profesorom Rod Martinom iz Kanade:

Standardizacija hrvatske verzije upitnika o stilu humora

U suradnji s Profesorom Marcom De Hertom iz Katoličkog

psihijatrijskog centra u Kortenberg: Utjecaj atipičnih

antipsihotika na razinu lipida i rizik od CVD incidenata.

Genetički aspekti autizma, shizofrenije, bipolarnog

afektivnog poremećaja i drugih poremećaja u djetinjstvu u

suradnji s profesoricom Majom Bućan, University of

Pennsylvania, School of Medicine, Department of Genetics

ZNANSTVENO

ISTRAŽIVAČKI

PROJEKTI

P05987

Flexible Dose, Long-term Safety Study of Asenapine for the Treatment of Schizophrenia in Adolescents

ATTAIN 267

Safety and Tolerability of Aripiprazole in Adolescents With Schizophrenia
OI Children and Adolescents With Bipolar I Disorder, Manic or Mixed Episode With or Without Psychotic Features

AK130939

Evaluating efficacy, safety and tolerability of extended-release bupropion hydrochloride (150mg - 300mg od), extended-release venlafaxine (75mg - 150mg od) and placebo in subjects with Major Depressive Disorder

Sertindole Cohort Prospective (SCoP)

Study 99824 Sertindole versus risperidone safety outcome study: A randomised, partially-blinded, parallel-group, active-controlled, post-marketing study

CN 138189

Efficacy of Aripiprazole in Combination with Lithium or Valproate in the Long Term treatment of Mania in patients with Bipolar I Disorder Partially Nonresponsive to Lithium or Valproate Monotherapy EUDRACT No 2005-001233-16

C-1073-09

An International, Double-Blind, Placebo-Controlled, Study of the Efficacy and Safety of CORLUX™ (Mifepristone) vs. Placebo in the Treatment of Psychotic Symptoms in Patients with Psychotic Major Depression (PMD)

LTE5376

A double-blind, multi-center, multinational, randomized withdrawal study evaluating the efficacy and safety of SR58611A (350 mg q12) versus placebo in the prevention of depression relapse up to 1 year in patients with Major Depressive Disorder improved after 12 weeks of open treatment with SR58611A (350 mg q12)

OSTALE AKTIVNOSTI

Član tima za transplantaciju matičnih stanica u KBC Split
Član Povjerenstva Ministarstva zdravstva za usklađivanje specijalizacije iz dječje i adolescentne psihijatrije
Recezent u indeksiranim Časopisima poput Journal of Child Psychology and Psychiatry ili Collegium Antropologicum

ČLANSTVA

Hrvatska liječnička komora
Hrvatsko somnološko društvo
Upravni odbor Sekcije mladih psihijatara Hrvatskog psihijatrijskog društva
Član školskog vijeća Elektrotehničke škole Split
Član Županijskog međuresornog povjerenstva za postupanje i prevenciju u slučajevima obiteljskog nasilja – koordinator za sektor zdravstva

PUBLIKACIJE

1. **Infantile Masturbation-Exclusion of Severe Diagnosis does not Exclude Parental Distres** Tomislav Franić_ Ivana Ujević Franić, Psychiatr Danub. 2011 Dec; 23(4):398-9.
2. **Early adolescence and suicidal ideations in Croatia: socio-demographic, behavioural and psychometric correlates.** Franić T, Dodig G, Kardum G, Marčinko D, Ujević A, Bilušić. M CRISIS: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 2011 Sep 26:1-12.
3. **Effects of cannabis use on age at onset in schizophrenia and bipolar disorder.** De Hert, Wampers, Jendricko, FRANIC, Vidovic, De Vriendt, Sweers, Peuskens, van Winkel. Schizophr Res, 2011, 126 (1-3):270-276
4. **Differences Between Serum Cholesterol Concentrations in Suicidal and Non-suicidal male Patients Suffering From Borderline Personality Disorder** Darko Marčinko, Nela Pivac, Berislav Tentor, Tomislav Franić, Neven Henigsberg, Miro Jakovljević Coll. Antropol. 35 (2011) Suppl. 1: 219–223
5. **Evaluation of the association between insight and symptoms in a large sample of patients with schizophrenia.** De Hert M, Simon V, Vidovic D, Franic T, Wampers M, Peuskens J, van Winkel R. European Psychiatry 24 (2009) 507–512
6. **Prevalence oh HIV and hepatitis C infection among patients with schizophrenia.** De Hert M ,Franic T, Vidovic D, Wampers M, Van Eyck D, Van Herck K, Van Damme P, Peuskens J. Schizophr Res. 2009 Mar;108(1-3):307-8.
7. **War, mental disorder and suicide** Časlav Lončar, Marija Definis-Gojanović, Goran Dodig, Miro Jakovljević, Tomislav Franić, Darko Marčinko and Mate Mihanović

Coll.Antropol.28 (2004)1:377-384

8. **Effect of olanzapine on disruptive behavior in institutionalized patients with severe intellectual disability--a case series.** Drmić S, Franić T Coll Antropol. 2008 Jun; 32(2):325-30.
9. **Association of cholesterol and socio-demographic parameters with suicidality in the male patients with schizophrenia** Marčinko D, Popović-Knapić V, Franić T, Karlović D, Martinac M, Brataljenović T, Jakovljević M. Psychiatr Danub. 2008 Sep;20(3):390-5.
10. **Toxic epidermal necrolysis caused by flurazepam?** Č. Lončar, T.Franić, M. Bilušić Psychiatria Danubina, 2005; Vol. 17, No. 3-4, pp 236-239
11. **Alcoholism of adolescents, students of the final classes of primary schools.** Goran Dodig, Boran Uglešić, Tomislav Franić, Milenka Dedić, Davor Lasić, Vesna Šendula Jengi: Alcoholism 2002;38 (1-2):57-67
12. **Konzumiranje opojnih droga u adolescenata.** Goran Dodig, Tomislav Franić, Milenka Dedić, Boran Uglešić, Paediatrica Croatica 2003; 47 (Supl 1):185-189
13. **Uzroci i posljedice namjernog izbjegavanja nastave.** A.Ujević, T.Bjeliš, T.Franić; Šk.vjesn 53 (2004, 1-2, 5-2

NASTAVNI TEKSTOVI

Suicidality and personality: the role of

biological and psychological factors, Marčinko D, ,

Pivac N, Karlović D, Mijić Š, Franić T u.

„PERSON ORIENTED MEDICINE AND HEALTH

CARE“ ured. Đorđević V, Braš M, Miličić D, Medicinska naklada, Zagreb, 2012

Suicidalno ponašanje u adolescenciji i povezanost s

roditeljskim sudioništvom u Domovinskom ratu u

Sucidologija urednik **Darko Marčinko**, Medicinska Naklada,

Zagreb, 2011, 251-253.

Hitna stanja u psihijatriji u Hitna stanja u pedijatriji
urednik Julije Meštrović, Medicinska Naklada, Zagreb, 2011,
525-534.

Poremećaji spavanja i liječenje. Franić T., online tekst
objavljeno na

<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/5709/Poremecaji-spavanja-i-lijecenje.html> (pristup 12. studenog 2011.)

**Manic symptoms in Patient with Heart Transplantation –
Why and What to do.** Franić T., Online Case Library Case
presentation from Fellows of the Salzburg Seminars
International, Editor/Reviewer: Wolfgang Fleischhacker, MD
- Medical University Innsbruck, nagrađen kao najbolja
prezentacija

http://www.aaf-online.org/php/member_area/onlinecases/index.php?act=view&id=719 (pristup 12. studenog 2011.)

Mental disorders, War and suicide Lončar Č, Franić T. in
War and Suicide, edited by Sher L and Vilens A. Nova
Science Publishers Inc, 2009
Poremećaji spavanja, Psihofarmakologija u djece i
adolescenata, te Suradljivost u Psihofarmakološkom
priručniku u pripremi.

RECENZIJE KNJIGA

Prevod i osvrt na knjigu **U borbi za mentalno zdravlje**
Normana Sartoriusa Profil International, Zagreb, 2010

- 1. Depresivnost mlade adolescentne dobi.** Dodig G., Dedić M., Uglešić B., Franić T. Treći hrvatski psihijatrijski kongres, Osijek 2002.
- 2. Seksualitet u shizofrenih bolesnika.** Glavina T, Dodig G., Katavić Z., Žuljan Cvitanović M, Mrass D, Franić T. Treći hrvatski psihijatrijski kongres, Osijek 2002.
- 3. Predoziranje risperidonom-klinički slučaj** Glavina T., Dodig G., Katavić Z., Franić T. Treći hrvatski psihijatrijski kongres, Osijek 2002.
- 4. Uloga kliničkih prediktora u odabiru antipsihotičke terapije** Dodig G., Dedić M., Uglešić B., Franić T., Šarić J., Pavela G. Treći hrvatski psihijatrijski kongres, Osijek 2002.
- 5. Rat duševna bolest i suicid** Lončar Č., Franić T., Treći hrvatski psihijatrijski kongres, Osijek 2002.
- 6. Alkoholizam adolescenata, učenika završnih razreda osnovnih škola.** Dodig G., Uglešić B., Franić T., Dedić M., Treći hrvatski psihijatrijski kongres, Osijek 2002.
- 7. Konzumiranje opojnih droga u adolescenata, učenika završnih razreda osnovnih škola.** Dodig G., Franić T., Dedić M., Uglešić B, Treći hrvatski psihijatrijski kongres, Osijek 2002.
- 8. Liječenje shizofrenije atipičnim antipsihoticima-prvi izbor, ali u drugom redu!?** Glavina T., Dodig G., Katavić Z., Franić T. Psychiatria Danubina, 2003, Vol.15:Suppl.1
- 9. Učinak quetiapina na glikemiju i tjelesnu masu** Dodig G., Silić N., Romac D., Žuljan M., Jakelić M., Franić T. Psychiatria Danubina, 2003, Vol.15:Suppl.1
- 10. Usporedba dvogodišnjeg praćenja pacijenata s prvom psihotičnom epizodom liječenih tipičnim i atipičnim antipsihoticima.** Dodig G., Franić T., Dedić M.,

Uglešić B., Kralj Ž., Glavina T. Psychiatria Danubina, 2003, Vol.15:Suppl.1

11. Neki od elemenata suradljivosti psihotičnih

bolesnika. Dodig G., Kralj Ž., Franić T. Psychiatria Danubina, 2003, Vol.15:Suppl.1

12. Učestalost promjena srčane funkcije registriranih

ECG-om pri ordiniranju antipsihotika. Dodig G., Dedić M., Franić T., Uglešić B. Psychiatria Danubina, 2003, Vol.15:Suppl.1

13. Umor kao nuspojava antipsihotičke terapije. Dodig

G., Jelavić S., Franić T., Pelivan T. Psychiatria Danubina, 2003, Vol.15:Suppl.1

14. Shizofrenija i suicid. Lončar Č., Dodig G., Franić T.

Psychiatria Danubina, 2003, Vol.15:Suppl.1

15. Antidepressant and suicide in the Split region.

Lončar Č., Franić T. 3rd International Meeting "Suicide: Interplay of Genes and Environment" Suicide as Premature Mortality Portorož, Slovenia 13-15 May 2004. Abstract Book

16. Psychotropic medications and suicide Č.Lončar,

T.Franić; Fourth Croatian Congress of Pharmacology, Split, September 2004. Period biol, Vol 106, Supp 1, 2004
Abstract Book

17. Psihosomatika i stres Lončar Č., Radelić N, Franić T ;

Prvi hrvatski kongres socijalne psihijatrije u zajednici, Zbornik radova 2004

18. Prva psihotična epizoda: sociodemografski profil i

dvogodišnji ishod; Franić T, Lončar Č; Prvi hrvatski kongres socijalne psihijatrije u zajednici, Zbornik radova 2004

19. Flurazepam induced Stevens-Johnson syndrome?

Č. Lončar, T. Franić; Acta Dermatovenerol Croat 2004; 12(3):215 Abstract Book

- 20. Depresivna simptomatika u ranoj adolescentnoj dobi- spolne razlike.** T. Franić, A. Ujević, V. Stivičević, R. Roje, S. Krnić. Četvrti hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat 2006.
- 21. Klinička valorizacija prethodno utvrđene dijagnoze ADHD-a.** S. Krnić, G. Dodig, R. Roje, T. Franić Četvrti hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat 2006.
- 22. Olanzapine and challenging behaviour.** T. Franić, S. Drmić, I. Ujević Franić, G. Dodig; 6th European Congress of Mental Health in Intellectual Disability, Zagreb, 2007, Book of abstracts
- 23. Samoubilačka promišljanja u ranoj adolescenciji- spolni obrasci.** Franić T.2. Hrvatski kongres socijalne psihijatrije i psihijatrije u zajednici s međunarodnim sudjelovanjem, Split 2009, zbornik sažetaka

MENTORSTVA

Jedno mentorstvo u izradi diplomske radnje na Odjelu za stručne studije Sveučilišta u Splitu, smjer sestrinstvo „Smetnje spavanja kao indikator psihosocijalnog distresa u ranoj adolescenciji“ Iris Marin Prizmić

OSOBNJE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Materinji jezik Hrvatski

Strani jezici

Jezik Engleski

Govori Da

Piše Da

Čita Da

TEHNIČKE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE	Rad u Microsoft Office aplikacijama na Windows desktop kao i Windows mobile platformama, Rad u Adobe professional, Osnove rada u SPSS-u, Rad s EndnoteX i Ref manager, Rad na Lion OS (MacOS) i Android platformama
VOZAČKA DOZVOLA	B kategorija

15.NAPOMENA

Veći dio ovog rada je objavljen u indeksiranom časopisu:

Early adolescence and suicidal ideations in Croatia: socio-demographic, behavioural and psychometric correlates. Franić T, Dodig G, Kardum G, Marčinko D, Ujević A, Bilušić. M CRISIS: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 2011 Sep 26:1-12.

Manji dijelovi korišteni su u slijedećim tekstovima u sveučilišnim udžbenicima:

Suicidalno ponašanje u adolescenciji i povezanost s roditeljskim sudioništvom u Domovinskom ratu u **Suicidologija** urednik **Darko Marčinko**, Medicinska Naklada, Zagreb, 2011, 251-253.

Hitna stanja u psihijatriji u **Hitna stanja u pedijatriji** urednik **Julije Meštrović**, Medicinska Naklada, Zagreb, 2011, 525-534.

Pred tobom se nalazi upitnik čija svrha je doznati više o funkcioniranju, poteškoćama, osjećajima i problemima mladih ljudi. Upitnik je anonimn i ni na koji način se ne može povezati uz tvoje ime. Molimo te da pažljivo pročitaš i odgovoriš na slijedeća pitanja

1. Spol

- 1- muški
- 2- ženski

2. Datum rođenja

3. Stanujem:

- 1- s roditeljima
 - 2- samo s jednim roditeljem
 - 3- u đaćkom domu
 - 4- s rođacima
 - 5- negdje drugdje (upiši na crtu)
- _____

4. Moji roditelji žive:

- 1- zajedno
- 2- rastavljeni su
- 3- nemam jednog roditelja
- 4- nemam roditelje

5. Imam braće i sestara (ako da upiši koliko)

- 1- jedinac sam
- 2- imam braće _____
- 3- imam sestara _____

6. Upiši koje dijete si po redu u obitelji

7. Živim u stanu/kući koja ima _____soba

8. U stanu/kući gdje živim ima _____ukućana

9. Stan/kuća u kojoj živim:

- 1- u vlasništvu je moje obitelji
- 2- imamo stanarsko pravo
- 3- podstanari smo
- 4- ne živim s obitelji

10. Školska sprema roditelja (zaokruži odgovarajući broj)

	majka	otac
Nedovršena osnovna škola	1	1
Osnovna škola	2	2
Škola za KV ili VKV radnike	3	3
Srednja škola ili gimnazija	4	4
Viša škola	5	5
Fakultet	6	6

11. Da li su roditelji zaposleni (ako nemaš roditelja ostavi prazno)

	Majka	Otac
Da	1	1
Ne	2	2
U mirovini	3	3

12. Kako bi procijenio životni standard svoje obitelji (u odnosu na druge)

- 1- vrlo nizak
- 2- nizak
- 3- osrednji
- 4- visok
- 5- vrlo visok

13. Moji odnosi sa roditeljima su:

	Majka	Otac
Odlični	1	1
Dobri	2	2
Površni	3	3
Loši	4	4
Nikakvi	5	5
Nemam oca ili majku	6	6

14. Kako bi procijenio odnose između svojih roditelja

- 1- odlični
- 2- vrlo dobri
- 3- osrednji
- 4- loši
- 5- vrlo loši

15. Za obitelj sam vezan

- 1- vrlo jako
- 2- jako
- 3- osrednje
- 4- slabo
- 5- nikako

16. Da li tvoji roditelji kontroliraju što radiš u slobodno vrijeme?

- 1- zabranjuju mi sve što me zanima
- 2- traže da uvijek znaju, a ako im se ne sviđa, onda mi brane
- 3- vole znati što radim, ali mi ne postavljaju zabrane
- 4- ne interesira ih što radim u slobodno vrijeme

17. U školi što se tiče učenja volim biti:

- 1- najbolji
- 2- među boljima
- 3- ni dobar ni loš
- 4- ne zanima me učenje

18. Moj uspjeh u školi prošle godine

- 1- odličan
- 2- vrlo dobar
- 3- dobar
- 4- dovoljan
- 5- ponavljam razred

19. Religiozan sam

- 1- da
- 2- ne

20. Sudjelujem u vjerskim obredima

- 1- vrlo često
- 2- često
- 3- rijetko
- 4- nikad

21. Roditelji su sudionici domovinskog rata (zaokruži odgovarajući križić)

	Majka	Otac
Da	+	+
Ne	+	+
Ranjavan	+	+
Vojni invalid	+	+

Mnogi mladi ljudi se ozljede u sportskim aktivnostima ili u sukobima s drugima u školi, na ulici ili kod kuće. Ozljede uključuju i trovanja i opekotine a ne uključuju bolesti poput prehlade ili ospica. Slijedeća pitanja su o mogućim ozljedama koje ste imali u proteklih 12 mjeseci.

22. Tijekom proteklih 12 mjeseci koliko puta si ozlijeđen/ozlijeđena da ti je bila potrebna pomoć doktora ili medicinske sestre?

- 1- Niti jedan put
- 2- 1 put
- 3- 2 puta
- 4- 3 puta
- 5- 4 i više puta

23. Tijekom proteklih 12 mjeseci koliko puta si se potukao/potukla?

- 1- Niti jedan put
- 2- 1 put
- 3- 2 puta
- 4- 3 puta
- 5- 4 i više puta

U školama se događa da stariji i jači učenik ili grupa učenika čine i govore drugom učeniku ružne i neugodne stvari ili mu čine nešto što on ne želi ili ga stalno zadirkuj iako to njemu smeta ili mu otmaju stvari.

Ovo ne uključuje ako se sukobe ili posvađaju dva učenika otprilike iste snage

24. Koliko često se tebi to događalo u posljednjih nekoliko mjeseci?

- 1- Nikad
- 2- Jedan ili dva puta
- 3- 2-3 puta mjesečno
- 4- Približno jedan put tjedno
- 5- Nekoliko puta tjedno

25. Koliko često si ti sudjelovao čineći to drugima?

- 1- Nikad
- 2- Jedan ili dva puta
- 3- 2-3 puta mjesečno
- 4- Približno jedan put tjedno
- 5- Nekoliko puta tjedno

Pažljivo pročitaj slijedeća pitanja i tvrdnje odgovori na njih sa DA ili NE. Odgovaraj brzo i ne razmišljaj predugo o postavljenim pitanjima.

Odgovori na sva pitanja!

26.	Voliš li kada se oko tebe događa uvijek nešto uzbudljivo?	DA	NE
27.	Jesi li sklon promjenama raspoloženja?	DA	NE
28.	Uživaš li povrijediti druge ljude koji su ti dragi?	DA	NE
29.	Da li si ikada bio pohlepan i uzeo za sebe nečega više nego što ti je pripadalo?	DA	NE
30.	Kada ti se netko obrati, imaš li gotovo uvijek spreman odgovor?	DA	NE
31.	Uživaš li u grubim šalama koje ponekad stvarno mogu povrijediti ljude?	DA	NE
32.	Uradiš li uvijek smjesta ono što se od tebe traži?	DA	NE
33.	Je li ti draže biti sam nego u društvu s drugom djecom?	DA	NE
34.	Da li ti se misli vrte po glavi toliko da ne možeš spavati?	DA	NE
35.	Jesi li ikada prekršio neko školsko pravilo?	DA	NE
36.	Bi li volio da te se druga djeca boje?	DA	NE
37.	Jesi li jako živahan?	DA	NE
38.	Da li ti smetaju mnoge stvari?	DA	NE
39.	Bi li volio sjeći životinje na satu prirode ili biologije?	DA	NE
40.	Jesi li ikada uzeo nešto tuđe (makar pribadaču ili dugme)?	DA	NE
41.	Imaš li mnogo prijatelja?	DA	NE
42.	Desi li ti se ikada da se osjećaš „upravo jadno“ bez nekog posebnog razloga?	DA	NE
43.	Često razmišljam o smrti.	DA	NE
44.	Voliš li ponekad dražiti životinje?	DA	NE
45.	Jesi li se ikada pretvarao da ne čuješ kada te netko zove?	DA	NE
46.	Bi li volio istraživati ukleti dvorac?	DA	NE
47.	Pomisliš li često da je život bezvezan?	DA	E
48.	Čini li ti se da češće od druge djece upadaš u svađe i tučnjave?	DA	NE
49.	Uradiš li uvijek domaću zadaću prije nego se odeš igrati?	DA	NE
50.	Voliš li se baviti aktivnostima u kojima treba brzo djelovati?	DA	NE
51.	Brineš li se zbog strašnih stvari koje bi se mogle dogoditi?	DA	NE

52.	Kada čuješ da djeca psuju ili ružno govore, pokušavaš li ih u tome spriječiti?	DA	NE
53.	Možeš li sam djelovati na društvo da se dobro zabavlja?	DA	NE
54.	Da li te pogađa kad ljudi prigovaraju tebi ili tvom radu?	DA	NE
55.	Bi li te jako pogodilo da na ulici vidiš upravo pregaženog psa?	DA	NE
56.	Da li se uvijek ispričaš zato što si bio grub?	DA	NE
57.	Želi li ti se neko osvetiti za nešto što misli da si mu učinio?	DA	NE
58.	Misliš li da je skijanje na vodi zabavno?	DA	NE
59.	Osjećáš li se često umoran bez razloga?	DA	NE
60.	Uživaš li zadirkivati drugu djecu?	DA	NE
61.	Šutiš li uvijek dok stariji govore?	DA	NE
62.	Kad sklapaš nova prijateljstva, da li obično ti činiš prvi korak?	DA	NE
63.	Jesi li osjetljiv na neke stvari?	DA	NE
64.	Čini li ti se da često upadaš u sukobe?	DA	NE
65.	Jesi li ikada o nekome rekao nešto ružno ili nepristojno?	DA	NE
66.	Da li se rado šališ i pričaš smiješne zgode prijateljima?	DA	NE
67.	Imaš li u školi više problema nego većina druge djece?	DA	NE
68.	Želio (la) bih da sam mrtav (a).	DA	NE
69.	Da li obično pokupiš papiriće i smeće koje drugi bace na pod učionice?	DA	NE
70.	Imaš li mnogo različitih hobija i interesa?	DA	NE
71.	Je li lako povrijediti tvoje osjećaje?	DA	NE
72.	Voliš li se šaliti na račun drugih?	DA	NE
73.	Da li uvijek opereš ruke prije jela?	DA	NE
74.	Da li ti je u igrama draže sjediti i promatrati, nego sudjelovati?	DA	NE
75.	Da li ti je često „svega dosta“?	DA	NE
76.	Da li te ponekad zabavlja promatrati kako neka grupa djece zadirkuje ili zastrašuje neko mlađe dijete?	DA	NE
77.	Često ne mogu zaspati zbog briga?	DA	NE
78.	Jesi li u razredu uvijek miran, čak i kada nema nastavnika?	DA	NE
79.	Voliš li raditi stvari koje su pomalo zastrašujuće?	DA	NE
80.	Jesi li ponekad toliko nemiran da ne možeš dugo mirno sjediti?	DA	NE
81.	Bi li volio sam otići na Mjesec?	DA	NE
82.	Pjevaš li uvijek s ostalima u crkvi ili na skupovima?	DA	NE

83.	Voliš li se družiti sa što više različite djece?	DA	NE
84.	Jesu li tvoji roditelji suviše strogi prema tebi?	DA	NE
85.	Bi li volio skakati padobranom?	DA	NE
86.	Da li te dugo zabrinjava ako ti se čini da si napravio budalu od sebe?	DA	NE
87.	Jedeš li uvijek sve što dobiješ za objed?	DA	NE
88.	Kad si na nekoj veseloj zabavi, možeš li se opustiti i dobro zabavljati?	DA	NE
89.	Da li ponekad imaš osjećaj da ne vrijedi živjeti?	DA	NE
90.	Bi li jako sažalijevao životinju uhvaćenu u zamku?	DA	NE
91.	Jesi li ikad bio drzak prema svojim roditeljima?	DA	NE
92.	Da li se često iznenada odlučiš nešto uraditi?	DA	NE
93.	Lutaju li ti često misli dok nešto radiš?	DA	NE
94.	Uživaš li zaroniti ili skočiti u more ili bazen?	DA	NE
95.	Da li noću teško zaspiš jer te muče brige?	DA	NE
96.	Jesi li ikada pisao ili šarao po tuđoj knjizi ili knjizi iz knjižnice?	DA	NE
97.	Procjenjuju li te drugi ljudi vrlo živahnim ?	DA	NE
98.	Osjećaš li se često usamljenim?	DA	NE
99.	Jesi li uvijek posebno pažljiv s tuđim stvarima?	DA	NE
100.	Da li uvijek podijeliš sve svoje slatkiše s drugima?	DA	NE
101.	Voliš li mnogo izlaziti?	DA	NE
102.	Jesi li ikada varao u igri?	DA	NE
103.	Da li se zaista teško opustiš i uživaš na nekoj veseloj zabavi?	DA	NE
104.	Da li se ponekad osjećaš vrlo radosno, a ponekad vrlo žalosno bez nekog posebnog razloga?	DA	NE
105.	Bacaš li papiriće po podu kada ti nije pri ruci koš za otpatke?	DA	NE
106.	Ocjenjuješ li sebe bezbrižnom osobom?	DA	NE
107.	Često pomišljam na samoubojstvo.	DA	NE
108.	Trebaju li ti često dobri prijatelji da te razvedre?	DA	NE
109.	Da li bi se volio voziti na brzome motociklu?	DA	NE
110.	Često pijem alkohol	DA	NE
111.	Da li ti vrlo lako nešto dosadi?	DA	NE
112.	Ponekad ne mogu zaspati zbog briga.	DA	NE
113.	Pretjerano sam pio alkohol.	DA	NE
114.	Bio sam ovisan o drogama.	DA	NE

Pažljivo pročitaj slijedeće tvrdnje i zaokruži odgovarajući broj (0,1 ili 2).			
Ako se uopće ne slažeš s tvrdnjom zaokruži 0, ako se djelomično slažeš s tvrdnjom zaokruži 1, a ako se u potpunosti slažeš s tvrdnjom zaokruži 2			
115.	Stalno sam tužan.	0	1 2
116.	Nikad mi se neće dogoditi dobre stvari.	0	1 2
117.	Sve radim krivo.	0	1 2
118.	Ništa me ne zabavlja.	0	1 2
119.	Nikad nisam dobar.	0	1 2
120.	Siguran sam da će mi se dogoditi loše stvari.	0	1 2
121.	Mrzim sebe.	0	1 2
122.	Uvijek mislim da sam je kriv za sve loše što mi se događa.	0	1 2
123.	Želim se ubiti.	0	1 2
124.	Svaki dan mi se plače.	0	1 2
125.	Stalno sam uznemiren.	0	1 2
126.	Nikad ne volim biti među ljudima.	0	1 2
127.	Nikad ne mogu donijeti nikakvu odluku.	0	1 2
128.	Užasno izgledam.	0	1 2
129.	Stalno se moram prisiljavati na rad u školi.	0	1 2
130.	Svaku noć teško zaspim.	0	1 2
131.	Stalno sam umoran.	0	1 2
132.	Najčešće nemam volje za jelom.	0	1 2
133.	Stalno se brinem što me nešto boli.	0	1 2
134.	Stalno se osjećam usamljeno.	0	1 2
135.	Nikad mi nije zabavno u školi.	0	1 2
136.	Uopće nemam niti jednog prijatelja.	0	1 2
137.	Postižem loš uspjeh u predmetima u kojima sam bio dobar.	0	1 2
138.	Nikad ne mogu biti dobar kao ostala djeca.	0	1 2
139.	Nitko me zaista ne voli.	0	1 2
140.	Nikad ne napravim ono što mi se kaže.	0	1 2
141.	Stalno se svađam i tučem.	0	1 2