

ŠTO ZNAMO O DJEČJOJ SUICIDALNOSTI?

VESNA HERCIGONJA NOVKOVIĆ, DUBRAVKA KOCIJAN HERCIGONJA*

Problem dječje suicidalnosti prema epidemiološkim istraživanjima sve je prisutniji i pokazuje porast, kako u dječjoj tako i adolescentnoj populaciji. U odnosu na etiologiju najveći broj pristaša imaju psihološke i socijalne teorije koje uzročnost vide u dinamici obiteljskih odnosa te utjecaju okruženja. Kao osnovne karakteristike kliničke slike koje upućuju na suicidalnost navode se beznađe, negativizam, loša slika o sebi i izoliranost. Postoje brojni rizični čimbenici koji upućuju na moguću pojavu suicida radi čega su nužne preventivne aktivnosti s naglaskom na primarnu prevenciju, koja uključuje primarnu zdravstvenu zaštitu, škole, obitelji i medije, a isto tako i kontinuiranu edukaciju. Sekundarna prevencija usmjerena je na rizične skupine te uz već navedene institucije uključuje i službe socijalne zaštite i društva u cjelini, dok se tercijarna odnosi na dobro organizirani tretman i rehabilitaciju.

Deskriptori: SUICID; DJECA; PSIHOLOGIJA; PREVENCIJA I KONTROLA

Na samom početku analize spoznaje o dječjoj suicidalnosti potrebno je istaknuti da postoje različite definicije suicida kao npr.: suicid je svaki slučaj smrti koji je direktni ili indirektni čin pozitivnog ili negativnog akta žrtve prema sebi (1).

Prema Shneidmanu (2) suicid je svjesni akt samonanijetog uništenja najbolje razumljiv kao multidimenzionalni fenomen kod individue s nekom nezadovoljenom potrebom, koja za svoj problem najboljim rješenjem smatra suicid. Suicid se može definirati i kao svjesno i namjerno uništenje vlastitog života, odnosno autodestruktivno ponašanje sa smrtnim ishodom, koje je povezano s idejom smrti, sa svjesnom namjerom da se umre, sa sviješću o posljedicama čina koje je počinila sama žrtva (3).

Navedene definicije naglašavaju svjesnost samog čina, što se ne može uvijek primijeniti kod duševno bolesnih osoba ni kod djece i adolescenata, pa je stoga najjednostavnija definicija koja govori da je suicid čin kojom osoba ubija samu sebe bez obzira na motive i svjesnost.

U praksi je uobičajeno dijeliti suicidalnost na aktivnu i pasivnu. Prva je misaono ili verbalno formuliranje i provođenje suicida, a druga je provođenje postupnog samouništenja bez nužne svjesnosti o suicidalnoj namjeri (4).

Za razliku od suicida postoji i pokušaj suicida, koji se definira kao čin koji je mogao dovesti do smrti, ali nije.

Prema Ringelu (5) presuicidalni sindrom je psihičko stanje koje se manifestira visokim rizikom za suicid, a karakterizira ga najčešće gubitak volje, interesa i aktivnosti, porast agresije i suicidalne "fantazije".

Okolina često zanemaruje rizično ponašanje, što je posebice vidljivo kod adolescenata, a koje svojim karakteristikama ugrožava život (natjecanje u brzim vožnjama, skakanje s velikih visina i sl.). Često se spominje i apel fenomen koji upućuje na ambivalentnost suicidalne osobe na život i smrt, nerijetko je prisutan kod djece i mladih, a okolina je nedovoljno ozbiljno shvaća, odnosno minimalizira.

venciju suicida. Autoriteti kao što su Federn, Freud, Steckel i drugi zaključili su o nužnosti analize dinamike nastanka takvog ponašanja.

Porast suicida kod mladih u SAD-u između 1960.-1977. godine doveli su do intenzivnog istraživanja preventivnih metoda sprječavanja suicida, što je rezultiralo konferencijom o suicidalnom ponašanju kod mladih, na kojoj su donesene preporuke za istraživanja suicidalnog ponašanja (6). Osnovni zaključci usmjereni su na osnivanje baze podataka na nacionalnoj i lokalnoj razini djece i mladih suicidalnog ponašanja, razvoj istraživanja, evaluacija tretmana, potpora, preventivne aktivnosti, edukaciju (7).

Epidemiološka istraživanja

Prema epidemiološkim pokazateljima (8, 9) postotak suicida kod djece između 15-24 godina bio je 13,1 na 100 000. Približno 16% svih smrti mladih u dobi od 15-24 godine bio je suicid.

Prema istraživanjima u SAD-u više adolescenata i mladih osoba umre od suicida nego od tumora, AIDS-a, urođenih mana, moždanih udara, upale pluća zajedno. Danas je suicid treći veći uzrok smrti među populacijom djece u dobi od 15-24 godina (10).

* Poliklinika Kocijan/Hercigonja, Lipovečka 17, Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Prof. Vesna Hercigonja Novković, Poliklinika Kocijan/Hercigonja, Lipovečka 17, 10000 Zagreb, e-mail: poliklinika.kocijan@hi.t-com.hr

Povijesni razvoj

Na sastanku psihoanalitičkog društva u Beču 1910. raspravljalo se o rizičnim faktorima za suicidalno ponašanje kod mladih, s naglaskom na otkrivanje i pre-

Tablica 1. Prikaz broja počinjenih samoubojstava i pokušaja samoubojstava u RH u razdoblju od 2008.-2010.

Samoubojstva i pokušaji samoubojstava		2008.			2009.			2010.		
		Ukupno	Dovršena	Pokušana	Ukupno	Dovršena	Pokušana	Ukupno	Dovršena	Pokušana
Dob počinitelja (godine)	do 14	16	3	13	15	3	12	9	1	8
	15-18	57	10	47	56	8	48	52	12	40
	19-25	146	37	109	121	37	84	120	41	79
	Ukupno	219	50	169	192	48	144	181	54	127

Podatci: Citirano (Josipović): Okrugli stol HKLD Zgb. 2010. (9)

Tablica 2. Ukupan broj počinjenih samoubojstava prema spolu u dobi do 19 godina u RH u razdoblju od 2000.-2009.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Muški spol	25	23	21	23	16	13	19	19	14	12
Ženski spol	3	4	3	5	4	4	7	8	7	2
Ukupno	28	27	24	28	20	17	26	27	21	14

Podatci: Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih, za razdoblje od 2011. do 2013. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Zagreb, 2011. (10)

Tablica 3. Broj počinjenih samoubojstava prema spolu u dobi ≤ 14 godina u RH u razdoblju od 2000.-2009. godine

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Muški spol	3	3	0	3	3	2	2	2	3	3
Ženski spol	0	1	0	1	1	0	1	2	1	0
Ukupno	3	4	0	4	4	2	3	4	4	3

Podatci: Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih, za razdoblje od 2011. do 2013. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Zagreb, 2011.

Tablica 4. Broj počinjenih samoubojstava prema spolu u dobi od 15-19 godina u RH u razdoblju od 2000.-2009. godine

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Muški spol Male	22	20	21	20	13	11	17	17	11	9
Ženski spol Female	3	3	3	4	3	4	6	6	6	2
Ukupno Total	25	23	24	24	16	15	23	23	17	11

Podatci: Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih, za razdoblje od 2011. do 2013. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Zagreb, 2011.

Na tablici 1 prikazani su podatci o samoubojstvima i pokušajima kod djece i adolescenata prema izvoru zagrebačkog PU-a (11).

Na tablicama 2, 3 i 4 prikazani su podatci Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi iz Programa prevencije samoubojstava kod djece i mladih za razdoblje 2011.-2013. (12).

Pitanje suicidalnosti kod djece još je „tabu“ tema kod odraslih osoba, pa i kod dijela stručnjaka, jer prihvatiti suicidalnost kod djece značilo bi suočiti se s vlastitom odgovornošću, kao i mijenjati uvriježeno mišljenje da je djetinjstvo razdoblje sreće i da djeca nemaju razloga za tugu.

Dječji koncept smrti

Da bismo razumjeli zašto djeca razmišljaju o suicidu ili ga učine, moramo

poznavati i dječje razumijevanje smrti. Prema Kocijan Hercigonji (13) postoje tri faze u dječjem razumijevanju smrti: egocentrično razmišljanje koje uključuje negiranje smrti ili percepciju smrti kao nešto privremeno, i to nalazimo kod djece u dobi od 3-5 godina. U bajkama kao što su Snjeguljica i Trnoružica obje su zbog djelovanja zle maćehe, odnosno zle vile, trebale umrijeti, ali su se probudile i obje bajke imaju sretan završetak. Djeca u tom životnom razdoblju vjeruju da je smrt nešto privremeno, kao u navedenim bajkama.

Nakon četvrte godine života počinje se razvijati strah od gubitka najbliže osobe, najčešće majke, ali ne kao smrt već napuštanje, koji je najintenzivniji oko šeste godine.

Za razdoblje od 5. do 9. godine karakteristična je personifikacija smrti, koja najčešće označava razmišljanje da je to

stanje u kojem neki ljudi odlaze, a tek nakon devete godine počinju razumijevati smrt kao nešto neminovno i općenito.

Za procjenjivanje dječjeg odnosa prema smrti moramo biti svjesni da je to proces koji je u zavisnosti ne samo s djetetovom dobi i njegovim psihofizičkim razvojem već i dinamikom odnosa s okolinom i modelom ponašanja djetetove najbliže okoline, kao i značenjem samog stresnog događaja (14). Odrasli često ne razumiju značenje stresnog događaja za dijete pa ga nerijetko minimaliziraju, što dijete samo još više učvršćuje u njegovoj tuži.

Primjer 1. Devetogodišnja djevojčica kojoj je uginuo pas uzela je nož s namjerom da i ona umre, ali na reagiranje okoline odustaje.

Okolina je tek na intenzitet djevojčinog reagiranja spoznala koliko je za nju značajan gubitak psa. Važno je naglasiti da iako djetetovu percepciju smrti pro-

cjenjujemo po tome kako je ono shvaća, prema Pfeiferu (15) u stanjima emocionalnog stresa dolazi kod djeteta do ego regresije, pa će ono reagirati na nižoj razini, odnosno neprimjereno svojoj dobi.

Primjer 2. Dvanaestogodišnja djevojčica pokušala je suicid tabletama iz straha od roditeljske reakcije na loše ocjene. Pošto je spašena, u razgovoru s psihijatrom navela je da nije htjela umrijeti, nego samo zaspati, a kad se probudi, da bude sve kao prije, da roditelji nisu ljutiti i da nema loše ocjene.

Ne smije se zanemariti činjenicu da dijete može bolovati od depresije, da može biti povrijeđeno te njegove reakcije, pa i pokušaj suicida, trebamo promatrati i razumjeti kroz njegove verbalne i neverbalne poruke.

Primjer 3. Petnaestogodišnji dječak je pokušao suicid tabletama, jer misli da život nema smisla, pa i nakon intervencije okoline i dalje smatra kako nema razloga da živi.

Etiologija

Kad se govori o etiologiji suicidalnog ponašanja najčešće se govori o nekoliko pristupa: biološki pristup usmjeren je na promjene neurotransmitora, posebice serotonina kateholamina (16), kolesterola (17).

Istraživanja na polju molekularne genetike upućuju na polimorfizam gena *TPH* koji je uključen u sintezu i metabolizam serotonina (18).

Genetička istraživanja suicidalnog ponašanja pokazala su da se suicidalnost češće javlja u određenim obiteljima. Istraživanje blizanaca govore da je učestalost kod jednojajčanih blizanaca 23% u odnosu na 0% kod dvojajčanih (19, 20).

Nije dovoljno poznat način kako se suicidalno ponašanje nasljeđuje. Postoje brojne kontraverzije vezane za istraživanje gena, što samo upućuje na činjenicu da je suicid kompleksan fenomen koji uključuje i kompleksne reakcije različitih čimbenika okoline i različitih gena (18, 19, 20).

Najveći broj pristaša zastupa psihološki pristup, posebice ako se to odnosi na istraživanja adolescenata, dok se znatno manji broj studija odnosi na djecu. Kod adolescenata se najčešće spominje neadekvatno ponašanje, depresija, uzimanje droge te obiteljski problemi kao pretkazatelj suicidalnog ponašanja. Istraživanja pokazuju da će adolescenti iz obitelji u kojih je bilo prisutno verbaliziranje ili pokušaji suicida, u za njih stresogenim si-

tuacijama primijeniti obiteljski model ponašanja. Poseban naglasak u posljednje vrijeme usmjeren je na istraživanje povezanosti zlostavljanja i suicida, Hawthorn (21), EdgARTH i Ormstad (22). Suicidalno ponašanje se povezuje s uznemirenošću, sramom, poniženjem, niskim samopoštovanjem i najčešće osjećajem bespomoćnosti (22).

Od psiholoških teorija značajna je teorija povjerenja i sigurnosti u obitelji. Djeca bez sigurnosti s osjećajem neprihvaćanja i manje vrijednosti u teškim situacijama, prema njihovome mišljenju, često ne nalaze osobu na koju se mogu osloniti s povjerenjem, pa problem rješavaju suicidom (23, 24, 25).

Analize obiteljske dinamike upućuju na to da postoji uska povezanost između roditeljskog načina življenja, pesimizma, suicidalnog ponašanja i roditeljske psihopatologije (26).

Teorije o utjecaju okruženja i socijalnih čimbenika imaju brojne pristaše. Socijalni i kulturalni čimbenici prema njima igraju važnu ulogu u suicidalnom riziku kod djece i mladih, što potvrđuje različitost stope suicida u različitim sociokulturnim sredinama (23, 24, 25, 26, 27). Analizirajući suicide kod mladih, Rubinstein je (28) zaključio da je porast suicida u poslijeratnom razdoblju vezan za dramatične promjene u socijalnom okruženju, promjene obiteljske strukture, što dovodi do nesigurnosti mladih, a to je jedan od bitnih čimbenika u nastajanju suicidalnog promišljanja. Analizirajući porast suicida kod mladih 1970. u SAD-u, Boyd i Moscieski (29) smatraju da su utjecaj alkohola i droge, kao posljedica načina življenja i životnih stavova, jedan je od prediktora suicida.

Utjecaj medija i publiciranje suicide mladih na senzacionalistički način jedan je od važnih faktora koji dovode do samoubojstva.

Phillips i Carstensen (30) u svojim istraživanjima o utjecaju medija na porast suicida navode kako se od 0-7 dana nakon TV opisa suicida bilježi porast samoubojstva kod adolescenata.

Karakteristike kliničke slike

Kod djece i adolescenata prisutne su 4 osnovne karakteristike koje upućuju na suicidalno promišljanje i rizik za suicid:

- beznađe
- neprijateljsko ponašanje
- loša slika o sebi
- izoliranost.

Sve četiri karakteristike značajno se povezuju s rigidnim obiteljskim odnosima i visokim stupnjem obiteljskih sukobljavanja (31).

Rizični čimbenici

Rizični čimbenici se mogu svrstati u nekoliko skupina:

A) Psihopatološka odstupanja: depresije, psihotična stanja, zloupotreba alkohola i droge.

Rizik pokušaja samoubojstva 12 puta je veći kod djece koja boluju od depresije (14).

B) Stresogene situacije:

- gubitak bliske osobe
- nedavno samoubojstvo prijatelja
- prekid ljubavne veze
- izloženost nasilju, posebice incestu
- strah od trudnoće
- razočaranje ili osramoćenje
- loše funkcioniranje obitelji
- promjena mjesta življenja

C) Obiteljski odnosi, posebice pritisak okoline i očekivanja roditelja

U obiteljima koje su fokusirane samo na gratifikaciju uspjeha suicidi su često rješenje za njihovu djecu (32).

D) Prijašnji pokušaji suicida

Prepoznavanje

Vrlo često dijete šalje signale koje okolina ne prepoznaje, dijelom zbog svojih otpora i uvjerenja. Ako okolina i opazi promjene u djetetovom ponašanju, često ih pogrešno tumači. Djeca niže kronološke dobi često svoje tjeskobe i nesigurnost manifestiraju tjelesnim i ponašajnim promjenama. Neke od najčešćih tjelesnih smetnji su gubitak teka, nesanica, bolovi u trbuhu, teško disanje, što roditelje usmjerava na traženje pomoći kod pedijatra. Važno je prepoznati što se krije iza brojne somatske simptomatologije, je li riječ o somatskoj bolesti ili o određenim emocionalnim problemima.

Ako se javljaju ponašajne promjene, što je češće kod djece starije dobi, tada to roditelji najčešće pripisuju utjecaju okoline, razvojne faze ili društva. Katkad dijete svoje emocionalne probleme manifestira promjenama u ponašanju, koje okolina pozitivno procjenjuje, kao npr. kad se dijete povlači od okoline, ne zanimaju ga prijatelji, gubi interes za prijašnje aktivnosti i hobbije, ne mari za svoj izgled, ne izlazi iz kuće, ne suprotstavlja se, postaje pristojno prema starijim osobama, sprema svoje stvari, što roditelji pro-

cjenjuju kao pozitivne promjene nastale kao rezultat njihovih roditeljskih odgojnih mjera, ali i djetetova sazrijevanja pa najčešće ne interveniraju.

Osim u obitelji, dijete i u školi daje određene znakove, naješće u obliku gubitka zanimanja za školu, pada uspjeha, slabe koncentracije, dijete se počinje buniti, pokazuje ometajuće ponašanje, više ga ne zanimaju prije dragi predmeti. Djece vrlo često sastavcima ili crtežima šalju poruke koje su često neprepoznate.

Važno je da okolina prepozna psihopatološke fenomene kod djece i adolescenata, što zahtijeva kontinuiranu informiranost i edukaciju roditelja i nastavnika, kako ne bi minimalizirali signale što ih dijete šalje, da prepoznaju psihopatološka odstupanja kod djeteta i zatraže adekvatnu pomoć.

Zaštitni čimbenici

- obiteljski čimbenici (kvalitetni obiteljski odnosi, potpora obitelji)
- kognitivni stil i karakteristike osobnosti (dobre socijalne vještine, samopouzdanje, traženje pomoći, otvorenost)
- sociodemografski čimbenici (socijalna interakcija pripadanjem pozitivnim skupinama, npr. športu, dobri odnosi s vršnjacima i s nastavnicima, potpora značajnih osoba).

Tretman

Značenje suicidalnosti kod djece zahtijeva preventivne aktivnosti. Poseban naglasak treba biti na primarnoj prevenciji, koju treba provoditi kroz primarnu zdravstvenu zaštitu, a uključuje edukaciju i treninge profesionalaca. Mediji i škola značajan su čimbenik u primarnoj prevenciji. Prema Nacionalnom planu aktivnosti za prava i interes djece 2006.-2012. uključeno je promicanje zdravog načina življenja djece i mladih kao i poboljšanje socijalnih i ekonomskih prilika. U skladu s navedenim programom nalaze se i programi razvoja roditeljskih i komunikacijskih vještina kao i praćenje rane interakcije roditelja i djeteta. To je bitan preduvjet za pravilan razvoj, posebice za razvoj sigurnosti, stvaranje pozitivne slike o sebi i samopouzdanja, što su zaštitni čimbenici od suicida.

Sekundarna razina zahtijeva dobro poznavanje rizičnih čimbenika radi specifičnih aktivnosti usmjerenih prema eliminiranju rizičnih čimbenika, kao što su

sprječavanje nasilja i borba protiv svih oblika zlostavljanja i stigmatizacije.

Tercijarna prevencija obuhvaća rehabilitaciju i resocijalizaciju, jer je poznata činjenica da se suicidi ponavljaju, odnosno problemi se rješavaju gotovo uvijek na isti već poznati način, u konkretnom slučaju suicidalnim ponašanjem. Tercijarna prevencija zahtijeva dobro educirane stručnjake koji će raditi s djetetom primjenom različitih terapijskih tehnika, najčešće psihoterapijom, medikamentoznom i obiteljskom terapijom. Važno je sustavno praćenje i potpora djeci i mladima nakon otpusta iz bolnice, što i iziskuje uključivanje stručnjaka za zaštitu duševnog zdravlja djece i mladih.

Što učiniti kad prepoznamo djetetovo suicidalno promišljanje ili kad nam se dijete o tome povjeri?

Kada dijete govori o suicidu, potrebno ga je pomno slušati i ozbiljno shvatiti. Važno je djetetu posvetiti vrijeme i ne precijeniti svoje mogućnosti, već ga uputiti stručnjaku. Ne smijemo zaboraviti da iza suicidalnih nagovještaja mogu biti različiti psihički problemi i bolesti kao npr. depresija, psihotična stanja i dr.

Stručnjak koji se bavi dječjom psihopatologijom svakako mora dobiti uvid u dinamiku sredine u kojoj dijete odrasta i zbivanja koja su se dogodila i mogla utjecati na djetetovo ponašanje, te će u terapiju uključiti i njegovu obitelj.

Katkad će biti nužna i djetetova hospitalizacija radi sigurnosti, ali i radi odvajanja iz njegove sredine, kako bi opservacije, neovisno o obiteljskim utjecajima, bilo objektivnije u procjeni djetetovog stanja (33).

Autori izjavljuju da nisu bili u sukobu interesa.
Authors declare no conflict of interest.

LITERATURA

1. Jones RA. Suicide. U: Durkheim E. An introduction to four major works. 1st ed. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.; 1986:82-114.
2. Shneidman ES. An overview of suicide. Psychiatr Ann. 1976;6:13-47.
3. Milovanović MM. Samoubistvo. 1. izd. Beograd: Scientia; 1929.
4. Folnegović Šmalc V. Suicidalnost. U: Folnegović Šmalc V, Gogić B, Kocijan Hercigonja D, ur. Zbornik radova prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Zagreb, 2000.
5. Ringel E. The presuicidal syndrome. Suicide Life Threat Behav. 1976;6:131-49.
6. Rosenberg ML, Eddy DM, Wolpert RC, et al. Developing strategies to prevent youth suicide. In: Pfeiffer CR, ed. Suicide among youth: Perspectives on Risk and Prevention. 1st ed. Washington DC: American Psychiatry; 1989.

7. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. 1st ed. USA: Williams and Wilkins; 1991.
8. Cynthia R, Pfeiffer CR. Attempted suicide in children and adolescents: causes and management. In: Lewis, ed. Child and Adolescents Psychiatry. 1st ed. USA: Williams and Wilkins; 1991:664-72.
9. Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Adolescents views on preventin self-harm: A large community study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008; 43:96-104.
10. National Center for Health Statistics. Multiple cause-of-death public-use data files, 1990 through 2004. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2007.
11. Citirano (Josipović): Okrugli stol HKLD Zgb. 2010.
12. Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih, za razdoblje od 2011. do 2013. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Zagreb, 2011.
13. Kocijan Hercigonja D. Suicidalnost kod djece i adolescenata U: Folnegović Šmalc V, Gogić B, Kocijan Hercigonja D, ur. Zbornik radova prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Zagreb, 2000.
14. Pfeiffer CR. Suicidal behaviour among children and adolescents: risk identification and intervention. In: Frances AS, Hales PE, eds. Reviews of psychiatry. 7th ed. Washington, Dc: American Psychiatric Press; 1986:386-402.
15. Van Praag HM. Biological suicide research outcome and limitations. Biol Psychiatry. 1986;21: 1305-26.
16. Folnegović Šmalc V, Henisberg N, Kocijan Hercigonja D. Poremećaji raspoloženja. U: Kocijan Hercigonja. Biološke osnove i terapija ponašanja. 1 izd. Zagreb: Školska knjiga; 2006:167-73.
17. Jakovljević M. Biologija suicidalnog ponašanja. U: Folnegović Šmalc V, Gogić B, Kocijan Hercigonja D, ur. Zbornik radova prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Zagreb, 2000.
18. Štefulj J, Kubat M, Baila M, Jedrej B. TPH gene polymorphism and aging indication of combined effect on the predisposition to violent suicider. AM J Med Genet. 2006;141:103-46.
19. Pivac N. Genetska istraživanja suicidalnosti. U: Hotujac LJ. Šibenik: 5. Hrvatski psihijatrijski kongres; 2010.
20. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. Arch Gen Psychiatry. 1991;48: 29-32.
21. Hawton KR, Evans E, Keath Erall R. Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. BMJ. 2002;325:1207-11.
22. Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a rational sample of Swedish seventeen boys and girls year old. Acta Paediatr. 2000;89:310-20.
23. Bowlby J. Attachment and loss. 3rd ed. Loss, sadness and depression. New York: Basic Books (rev.ed); 1980.
24. Buljan-Flander G. Uloga privrženosti i nekih odrednica ličnosti u zlostavljanju djece: Proširenje Bolwbyjeve teorije. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2001. Doktorska disertacija
25. Buljan Flander G. Povezanost iskustva zlostavljanja i suicidalnost adolescenata. Zagreb: Simpozij o suicidalnosti; 2008.
26. Ferić Šlehan M. Obitelj u prevenciji poremećaja u ponašanju djece i mladih. Istarska županija – zajednica usmjerena na obitelj; 2006. Doktorska disertacija
27. Folnegović Šmalc V, Kocijan Hercigonja D, Barac B. Prevencija suicidalnosti. Zagreb: HLZ, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju; 2001.

28. Rubinstein DH. Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Social Sci Med.* 1983;17:657-65.
29. Boyd JH, Moscicki EK. Firearms and youth suicide. *Am J Public Health.* 1986;76:1240-2.
30. Phillips DP, Carstensen L. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New Engl J Med.* 1986;315:685-9.
31. Kocijan Hercigonja D, Hercigonja Novković V. Depresija kod djece. *Medicus.* 2004;3:89-95.
32. Buljan Flander G, Kocijan Hercigonja D. Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb; Marko M.; 2003.
33. Kocijan Hercigonja D. Suicidi kod djece i adolescenata. Opatija: Zbornik sažetaka prvog Hrv. Kongresa duhovne psihijatrije; 2011.

Summary

WHAT DO WE KNOW ABOUT CHILD SUICIDE?

V. Hercigonja Novković, D. Kocijan Hercigonja

The problem of suicides in children and adolescents, according to epidemiological data, is growing. Regarding the etiology, most common theories claim that the cause of suicidal behavior lies in family dynamics and the influence of environment. The basic symptoms of suicidal behavior are lack of hope, low self image, and isolation. There are numerous risk factors that lead to suicidal behavior and therefore prevention activities are necessary, mostly in primary health care, continuous education in schools, families, and media. Secondary prevention aims at different risk groups and includes (beside school, families and media) institutions for social welfare. Tertiary prevention aims at well organized treatment and rehabilitation.

Descriptors: SUICIDE; CHILDREN; PSYCHOLOGY; PREVENTION AND CONTROL

Primljeno/Received: 6. 2. 2012.

Prihvaćeno/Accepted: 30. 4. 2012.