

Doprinos obiteljskih čimbenika suicidalnim simptomima adolescenata

Devčić, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:669164>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-19**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Doprinos obiteljskih čimbenika suicidalnim simptomima adolescenata

Iva Devčić

Zagreb, rujan, 2021.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Doprinos obiteljskih čimbenika suicidalnim simptomima adolescenata

Iva Devčić

doc. dr. sc. Miranda Novak

Zagreb, rujan, 2021.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad ***Doprinos obiteljskih čimbenika suicidalnim simptomima adolescenata*** i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Iva Devčić

Zagreb, rujan, 2021.

Naslov rada: Doprinos obiteljskih čimbenika suicidalnim simptomima adolescenata
Ime i prezime studentice: Iva Devčić

Ime i prezime mentorice: doc. dr. sc. Miranda Novak

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Socijalna pedagogija/Djeca i mladi

Sažetak rada:

Cilj ovog diplomskog rada bio je utvrditi doprinos obiteljskih čimbenika, točnije komunikacije, suicidalnim simptomima adolescenata Varaždinske županije. Uz navedeno ispitane su dobne i spolne razlike u iskazivanju suicidalnih simptoma te percepciji obiteljske komunikacije.

Istraživanje je dio šireg projekta pod nazivom "Pozitivan razvoj adolescenata u Hrvatskoj" provedenog između 2017. i 2019. godine od strane Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, a u ovom radu korišten je varaždinski uzorak koji broji 1647 srednjoškolaca. Ovim diplomskim radom obuhvaćeno je 30% učenika svih varaždinskih srednjih škola, a to su Medicinska škola, Graditeljska, prirodoslovna i rudarska škola, Strojarska i prometna škola, Gospodarska škola, Prva gimnazija, Druga gimnazija, Srednja strukovna škola, Elektrostrojarska škola i Glazbena škola.

Suicidalni rizik ispitan je pomoću istoimene skale korištene u CTC Upitniku za djecu i mlade (*Communities That Care-CTC Youth Survey*). Skala kojim se ispituje suicidalni rizik sastoji se od četiri pitanja gdje sudionici sa „X“ označavaju vrijede li navedene tvrdnje za njih (DA/NE), a s obzirom na rezultate formiralo se 5 razina suicidalnog rizika. Za ispitivanje komunikacije unutar obitelji korištena je Skala obiteljske komunikacije (*Family Communication Scale-FCS*, Olson, Gorall i Tiesel, 2004) od 10 čestica koje mjere različite aspekte obiteljske komunikacije gdje sudionici označavaju stupanj slaganja s određenim tvrdnjama na Likertovoj skali, od 1 do 5. Ukupnim rezultatom na skali (od 10 do 50) procjenjuje se stupanj kvalitete obiteljske komunikacije koja može biti niska, umjerena i visoka.

Rezultati ukazuju kako su sva 4 simptoma suicidalnosti najčešća kod adolescenata koji procjenjuju kvalitetu obiteljske komunikacije kao nisku. Djevojke mnogo češće od mladića izvještavaju o prisutnosti sva 4 suicidalna simptoma. Mladići u prosjeku iskazuju pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije u svojoj obitelji od djevojaka. Mlađi adolescenti obiteljsku komunikaciju procjenjuju pozitivnijom u odnosu na starije, dok ne postoje statistički značajne razlike u zastupljenosti suicidalnih simptoma među mlađim i starijim adolescentima. Rezultati ovog diplomskog rada također pokazuju kako 33,6% adolescenata spada u jednu od kategorija suicidalnog rizika.

Ovim diplomskim radom naglašena je važnost obiteljske komunikacije u odnosu na suicidalne simptome adolescenata koju je potrebno staviti u fokus istraživačkog i praktičnog rada.

Ključne riječi: adolescencija, suicid, suicidalni simptomi, obitelj, obiteljska komunikacija

Summary:

The aim of this thesis was to determine the contribution of family factors, more precisely family communication, on suicidal symptoms of adolescents from the Varaždin County. In addition, age and gender differences in the expression of suicidal symptoms and the perception of family communication were examined.

The research is a part of a larger project called "Positive development of adolescents in Croatia" conducted between 2017. and 2019. by the Faculty of Education and Rehabilitation. In this thesis the Varaždin sample of 1647 high school students were used, who covers 30% of students in all Varaždin high schools and those are Medicinska škola, Graditeljska, prirodoslovna i rudarska škola, Strojarska i prometna škola, Gospodarska škola, Prva gimnazija, Druga gimnazija, Srednja strukovna škola, Elektrostrojarska škola i Glazbena škola.

Suicide risk was examined using the eponymous scale used in the CTC questionnaire (Communities That Care-CTC Youth Survey). The scale for examining suicidal risk consists of four questions where participants with an "X" indicate whether the stated statements are valid for them (YES / NO), and considering the results, 5 levels of suicidal risk are formed. The Family Communication Scale (FCS, Olson, Gorall, & Tiesel, 2004) of 10 particles measuring different aspects of family communication was used to examine communication within the family, where participants indicate the degree of agreement with certain statements on the Likert scale, from 1 to 5. The overall score on the scale (10 to 50) assesses the degree of quality of family communication, which can be low, moderate and high.

The results indicate that all 4 suicidal symptoms are most common in adolescents who rate the quality of family communication as low. Girls report the presence of all 4 suicidal symptoms much more often than boys. Boys on average express a more positive perception of family communication than girls. Younger adolescents assess family communication as more positive than older ones, while there are no statistically significant differences in the prevalence of suicidal symptoms among younger and older adolescents. The results of this thesis also show that 33.6% of adolescents fall into one of the categories of suicidal risk.

This research emphasizes the importance of family communication in relation to the suicidal symptoms of adolescents, which needs to become the focus of research and practical work.

Key words: adolescence, suicide, suicidal symptoms, family, family communication

Sadržaj

1.	UVOD	1
2.	SUICIDALNO PONAŠANJE I SUICID ADOLESCENATA.....	4
2.1.	TERMINOLOŠKA ODREĐENJA I KLASIFIKACIJA SUICIDALNIH PONAŠANJA.....	5
2.2.	OPSEG PROBLEMA SUICIDA KOD ADOLESCENATA	7
2.3.	ISTRAŽIVANJA SUICIDALNIH PONAŠANJA I SIMPTOMA ADOLESCENATA	10
3.	OBITELJ I ADOLESCENTI	13
3.1.	OBITELJSKI ZAŠTITNI ČIMBENICI.....	13
3.2.	OBITELJSKI RIZIČNI ČIMBENICI	15
3.3.	ISTRAŽIVANJA OBITELJSKIH ČIMBENIKA I SUICIDALNIH SIMPTOMA ADOLESCENATA	16
4.	CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	19
5.	METODOLOGIJA	21
5.1.	NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA	21
5.1.	OPIS UZORKA.....	21
5.2.	VARIJABLE I MJERNI INSTRUMENTI.....	23
5.3.	REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	24
5.3.1.	SIMPTOMI I RAZINA SUICIDALNOG RIZIKA.....	24
5.3.2.	OBITELJSKA KOMUNIKACIJA.....	26
5.3.3.	RODNE I DOBNE RAZLIKE U POJAVNOSTI SIMPTOMA SUICIDALNOG RIZIKA I RAZINE SUICIDALNOG RIZIKA.....	29
5.3.4.	RODNE I DOBNE RAZLIKE U KVALITETI OBITELJSKE KOMUNIKACIJE	31
5.3.5.	POVEZANOST RAZINE SUICIDALNOG RIZIKA I KVALITETE OBITELJSKE KOMUNIKACIJE	32
6.	RASPRAVA.....	34
7.	ZAKLJUČAK.....	42
8.	POPIS LITERATURE.....	45

1. UVOD

U različitim se izvorima mogu pronaći različite definicije adolescencije, no sve u sebi obuhvaćaju pojmove promjena, intenzivno, prijelaz, razdoblje i razvoj (Kuzman, 2009). Adolescenciju je kao posebnu razvojnu fazu prvi put opisao i proučavao psiholog G. Stanley Hall (1904) koji joj je dao naziv od latinske riječi „*adolescere*“ što u prijevodu znači „*rasti, odrasti*“, opisujući tako burno i olujno prijelazno razdoblje iz djetinjstva u odraslu dob (Dodig-Ćurković, 2017). S ovakvim Hallovim viđenje adolescencije složili su se mnogi autori poput Blossa, Freuda, Eriksona, Geleerda i Jacobsona (Rudan, 2004). Adolescencija je tema prisutna u brojnim filozofskim i književnim djelima, a predmet je proučavanja i različitih znanstvenih disciplina kao što su antropologija, sociologija, psihologija, medicina i dr. Jedan od najzanimljivijih opisa adolescencije dao je upravo pisac Charles Dickens: „Ona je najbolje razdoblje života, ona je najgore razdoblje života, ona je mudrost, ona je doba ludosti“ (Dodig-Ćurković, 2017, str. 223). Danas adolescenti ulaze u pubertet ranije i preuzimaju neovisne uloge odraslih kasnije nego u prošlim stoljećima, čineći adolescenciju duljim razdobljem života nego što je to bilo prije (Dahl, Allen, Wilbrecht, Ballonoff i Suleiman, 2018).

Da bismo razumjeli kako pubertet može utjecati na psihološki razvoj, važno je biti upoznat sa samim pubertetskim procesima i aspektima onih procesa za koje se smatra da su bitni (Lerner, Janette i Benson, 2011). Upravo je adolescencija razdoblje najintenzivnijeg razvoja struktura mozga te promjena u dopaminergičkom, serotoninergičkom i noradrenergičkom sustavu što je povezano s emocijama, motivacijom, učenjem i ponašanjem (Dahl i sur., 2018) radi čega zahtijeva interdisciplinarni pristup koji se fokusira na interakcije mozga, ponašanja i socijalnog konteksta tijekom ovog važnog razdoblja sazrijevanja (Dahl, 2004). U tom razdoblju adolescenti će razviti nove kognitivne vještine (uključujući apstraktne sposobnosti razmišljanja), sliku o sebi i svijetu, jasniji osjećaj osobnog i seksualnog identiteta i stupanj emocionalne, osobne i financijske neovisnosti od roditelja (Christie i Viner, 2005). Upravo je adolescencija razdoblje višestrukih prijelaza koji uključuju obrazovanje, osposobljavanje, zapošljavanje i nezaposlenost, kao i prijelaze iz jedne životne okolnosti u drugu. Nadalje, čak i unutar jedne nacije, države ili kulture mogu postojati različite dobi u kojima se pojedinac smatra dovoljno zreli da mu društvo povjeri određene privilegije i odgovornosti. Takve privilegije i odgovornosti uključuju vožnju vozila, služenje u oružanim snagama, kupnju i konzumaciju alkohola, kupnju duhanskih proizvoda, glasanje, sklapanje ugovora, završetak određene razine

obrazovanja, brak i odgovornost za pridržavanje zakona. Obično se kaže da adolescencija započinje u biologiji, a završava u kulturi, jer je prijelaz u adolescenciju obilježen dramatičnim biološkim promjenama puberteta, dok je prijelaz u punoljetnost manje jasno označen (Smetana, Campione-Barr i Metzger, 2006). Međutim, ovo je samo prividni način procjene sazrijevanja tijekom adolescencije gdje isprekidani procesi rasta mogu rezultirati dramatično drugačijim zreлим razvojem među osobama iste dobi (Dahl i sur., 2018).

Upravo se mladi, a indirektno i njihovi roditelji, u tom specifičnom razdoblju suočavaju s problemima poput depresije, konzumacije psihoaktivnih tvari, poremećajima prehrane, delinkventnim i antisocijalnim ponašanjima, konzumiranjem alkohola, pušenjem, sukobima s policijom, počinjenjima određenih prekršajnih djela, napuštanjem roditeljskog doma, napuštanjem obrazovnog sustava, ali i samoozljeđivanjem i suicidalnim namjerama adolescenata (Dodig-Ćurković, 2017). Za razliku od nabrojanih problema kod kojih je moguće ponavljanje ponašanja, suicid predstavlja nepovratan gubitak i veliku tragediju za tu osobu, obitelj, a i zajednicu (Lebedina-Manzoni i Maglica, 2004). Iako je samoubojstvo osoban čin svakog pojedinca ono utječe na odnose u obitelji, društvu, užoj i široj zajednici te ga je potrebno promatrati kao višedimenzionalan fenomen (Cavor, 2017). Kako suicid kao čin može utjecati na obiteljske odnose, jednako tako i obiteljski odnosi mogu utjecati na suicid, ali i suicidalne simptome, suicidalne misli i pokušaje koji prethode konačnom samoubojstvu.

Mnoge studije dovode u vezu suicidalna ponašanja i simptome adolescenata s obiteljskim funkcioniranjem (Madianos i sur., 1993; Melhem i sur., 2007; Pronovost, 1990; Spirito i Overholser, 2003, prema Randell, Wang, Herting i Eggert, 2006). Randell i sur. (2006) također navode kako se lepeza raznovrsnih suicidalna ponašanja adolescenata povezuje s različitim dimenzijama obiteljskog funkcioniranja kao što su obiteljska patologija (posebno depresija ili poremećaj raspoloženja majke), izloženost obiteljskom samoubojstvu (faktor rizika za suicidalno ponašanje i prediktor rizika adolescentnog samoubojstva), roditeljski alkoholizam ili zlouporaba droga, stres i traumatski događaji u obitelji, sukobi s roditeljima, nerazumna roditeljska očekivanja i disfunkcionalna komunikacija. Različite studije su ispitale niz rizičnih i zaštitnih čimbenika koji sve više uključuju obiteljske čimbenike koji doprinose ili štite od suicidalnog rizika adolescenata, no znanja o kritičnom obiteljskom riziku i zaštitnim čimbenicima i načinima na koji oni djeluju ostaju donekle ograničeni.

Motivacija za bavljenje ovom temom proizašla je boravkom na praksi u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb gdje sam se susrela s nekolicinom adolescenata koji su bili

hospitalizirani zbog suicidalnih simptoma koji su najčešće uključivali iskazane namjere suicida ili pokušaja istog. Zamijetila sam kako su različite obiteljske dimenzije predstavljale rizične i zaštitne čimbenike za adolescente koji su posebno nezadovoljstvo iskazivali komunikacijom unutar obitelji. S obzirom na nedostatak istraživanja suicidalnih simptoma i ponašanja adolescenata u Hrvatskoj te nedovoljno istraženo područje obiteljskih odnosa, cilj ovog diplomskog rada je istražiti doprinos obiteljskih čimbenika, odnosno komunikacije, simptomima suicidalnosti adolescenata koristeći se podacima prikupljenima na uzorku varaždinskih srednjoškolaca. Navedena pitanja potrebno je dodatno istražiti kako bi nam nova saznanja o odnosu obitelji i suicidalnog ponašanja adolescenata dala smjernice za daljnji preventivni i tretmanski rad, posebno na području obiteljske komunikacije i odnosa koje je potrebno njegovati kako bi se osigurao pozitivan i harmoničan razvoj adolescenata.

2. SUICIDALNO PONAŠANJE I SUICID ADOLESCENATA

U medicinskom se rječniku adolescencija definira kao razdoblje između početka puberteta i prestanka tjelesnog rasta; otprilike od 11 do 19 godina¹. Slično tome, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2014) i UNICEF (2019) je opisuju kao razdoblje od 10 do 19 godine života kada pojedinac više nije dijete, ali još nije ni odrasla osoba te prolazi kroz ogromne fizičke i psihološke promjene. U proučavanju adolescentnog razvoja, adolescencija se može definirati biološki, kao fizički prijelaz obilježen početkom puberteta i prestankom tjelesnog rasta; kognitivno, kao promjene u sposobnosti apstraktnog i višedimenzionalnog mišljenja, ili društveno, kao razdoblje pripreme za uloge odraslih. Adolescencija je prijelazni stupanj tjelesnog i psihološkog razvoja koji se općenito događa u razdoblju od puberteta do punoljetnosti. Najčešće je povezana s tinejdžerskim godinama, ali njezini fizički, psihološki ili kulturni izrazi mogu započeti ranije, a završiti kasnije (Dodig-Ćurković, 2017). Obično započinje između 11. i 13. godine pojavom sekundarnih spolnih karakteristika i traje kroz tinejdžerske godine sve do 18-20 godina, kada započinje razvoj odrasle osobe. Pojedini autori (WHO, 2014; Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, Patton, 2018) naglašavaju kako je adolescencija produljeno razdoblje koje traje od 10 do 24 godine ispreplićući se tako s razdobljem mladenaštva. Dob pruža samo okvirni pokazatelj adolescencije, a znanstvenici su se teško složili oko precizne definicije (Kuzman, 2009) zbog toga što nije jednostavno jednom definicijom opisati sve ono što sa sobom donosi životno razdoblje adolescencije. Pogotovo ako želimo unaprijediti razumijevanje ovog neophodnog razdoblja za razvoj osobe (Mandarić, 2000). U navedenom razdoblju adolescenti se suočavaju s brojnim rizicima i preprekama koje mogu dovesti do niza normativnih razvojnih kriza na putu od djetinjstva do odrasle dobi što može voditi do suicidalnih simptoma. Suicidalni adolescenti osjećaju se posebno frustrirano zbog toga što još nisu onakvi kakvi bi htjeli biti ili zbog toga što uopće ne znaju kakvi bi voljeli postati pa umjesto da toleriraju produženo razdoblje nesigurnosti, pretpostavljaju da nemaju identitet ili vrijednost. U suglasju s osjećajem beznadnosti i pesimističnog pogleda na budućnost samoubojstvo postaje pokušaj postizanja značenja (Sands i Dixon, 1986).

¹ The Free Dictionary. Preuzeto 1. ožujka 2021. s internetske stranice: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/adolescence>.

Samoubojstvo možemo shvatiti kao ozbiljan, potresan, ali i zanimljiv društveni fenomen vrijedan daljnjih istraživanja i praćenja (Šakić, 2011). Ista autorica izdvaja ljudsku vrstu kao jedinu koja zna ograničenja vlastitog postojanja i spoznaju okončavanja života još od najranije dobi zahvaljujući razvoju svijesti. Nagon za samoodržanjem je vitalni ljudski nagon, pa prema psihijatrijskim stavovima, poremećaj toga, najvažnijeg i najizraženijeg nagona dovodi osobu do čina samoubojstva (Marčinko, 2011). Suicid i samouništenje se koriste kao sinonimi za samoubojstvo, a bez obzira što osoba to čini svojom voljom, na odluku o suicidu također mogu utjecati i drugi, vanjski podražaji i motivacije (Stanić, 1999, prema Miholek, 2019). Budući da je teško objasniti najširi koncept samoubojstva, stvorene su razne teorije koje ga pokušavaju objasniti, kao i razloge njegova počinjenja. Percepcija i procjena samoubojstva u zajednici varira ovisno o različitim povijesnim razdobljima i zemljama. U određenim društvima i razdobljima samoubojice se slavilo kao osobe koje odlikuje čast i hrabrost, dok su u drugim viđeni kao egoistične kukavice koje se ne mogu nositi sa životnim preprekama (Stanić, 1999, prema Šakić, 2011). Autori kroz povijest na različite načine opisuju kompleksni problem samoubojstva zbog čega ga je potrebno pravovaljano definirati kako bismo mogli razumjeti njegovu srž, razloge i motive počinjenja, rizične i zaštitne čimbenike unutar i izvan osobe te posljedice koje ostavlja za sobom (Šakić, 2011), ali i kako bismo kao sudionici društva s različitim ulogama mogli djelovati na njegovu prevenciju posebice kod adolescenata

2.1. TERMINOLOŠKA ODREĐENJA I KLASIFIKACIJA SUICIDALNIH PONAŠANJA

Samoubojstvo ili suicid dolazi od latinske riječi *suicidium* koja se sastoji od riječi *sui* što znači sebe i *caedere* što znači ubiti i odnosi se na dobrovoljno samouništenje². Otac suvremene suicidologije Edwin S. Shneidman (1985, prema Leenaars, 2010) suicid je definirao kao svjestan i namjeran čin samouništenja, koji je najbolje shvatiti kao višedimenzionalnu slabost unutar pojedinca koji za određenu problem-situaciju percipira suicid kao jedino rješenje. Fenomen suicida vrlo je teško definirati, a ako ga promatramo samo kao okončavanje vlastita života zanemarujemo sve druge konstrukte koji se kao bitna komponenta definiranja vezuju uz problematiku suicidalnog ponašanja (Lebedina-Manzoni i Maglica, 2004). Jasne rasprave, precizna istraživanja, učinkovita prevencija i kasniji tretman zahtijevaju prihvaćene definicije suicidalnih ponašanja (Turecki i Brent, 2015).

² The Free Dictionary. Preuzeto 1. ožujka 2021. s internetske stranice: <https://www.thefreedictionary.com/Sui+caedere>

Samoubojstvo se može shvatiti kao proces odnosno kontinuitet ideja ili ponašanja koje se razvijaju od blažih do težih oblika samoubojstva, najčešće uključujući sljedeće faze: samoubilačke ideje, plan samoubojstva, pokušaj samoubojstva i dovršeno samoubojstvo (Sveticic i De Leo, 2012), a upravo su navedena suicidalna ponašanja (osim dovršenog samoubojstva) uklopljena u upitnik na čijim se podacima temelji ovaj diplomski rad. Samoubojstvo kao takvo nije izoliran događaj već postoje razni oblici suicidalnog ponašanja koje autori različito klasificiraju. Prema jednoj od najprihvaćenijih klasifikacija (O'Carrola i sur., 1996, prema Marčinko, 2011) suicidalna ponašanja možemo podijeliti na:

- samoubojstvo (suicid) – dokazana smrt nanesena vlastitim djelovanjem (metoda ili ponašanje koji su prouzročili smrt bili su izravno ili neizravno smrtonosni)
- pokušaj samoubojstva – dokazano djelovanje osobe koje bi posredno ili neposredno dovelo do vlastite smrti, ali fatalni ishod je ipak izostao
- prekinuti pokušaj samoubojstva – samoozljeđujuće ponašanje kojim je osoba željela prouzročiti vlastitu smrt i takvo ponašanje je dokazano, ali je radnja prekinuta prije nego je došlo do tjelesnog oštećenja
- promišljanja o samoubojstvu (suicidalna ideacija) – promišljanja o oduzimanju vlastita života,;ideje se mogu kretati od nestrukturiranih misli do razrađivanja ozbiljnih planova (na koji način, kada i gdje)
- suicidalna namjera – očekivanje i nada da autodestruktivno djelovanje dovede do vlastite smrti
- smrtnost (fatalnost) samoubojičinog ponašanja – objektivna opasnost za vlastiti život s obzirom na metodu izbora, iako se ona može razlikovati od subjektivnog očekivanja tj. njegovim spoznajama koja je metoda opasna po život
- namjerno samoozljeđivanje – iako nema stvarne namjere za oduzimanjem vlastitog života, prisutno je svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi

Silverman i sur. (2007) uz navedeno u svoju klasifikaciju dodaju i pojmove prijetnja samoubojstvom i neodređeno ponašanje povezano sa samoubojstvom. Prijetnja samoubojstvom je stanje u kojem čovjek upoznaje svoju sredinu s namjerom da sebi oduzme život, ne poduzimajući još ništa (Pavišić i Modly, 1997). Obuhvaća interpersonalne interakcije, verbalne i neverbalne, koje bi razumna osoba mogla prepoznati kao pojavljivanje suicidalnog ponašanja, dok vlastito potencijalno štetno ponašanje popraćeno nepoznatim ili neutvrđenim stupnjem

suicidalne nakane (bez ozljeda ili s lakšim tjelesnim oštećenjima i smrti) predstavlja neodređeno ponašanje povezano sa samoubojstvom (Silverman i sur, 2007). Jakovljević (1986, prema Ćupić, 2018) ističe važnost prepoznavanja i djelovanja na parasuicidalnu pauzu (Feuerlein), odnosno čin koji osoba želi prikazati kao želju da privremeno umre uzimajući toksičnu, ali ne i smrtonosnu dozu uspavljujućeg ili sličnog sredstva čime negira stvarnu namjeru smrti.

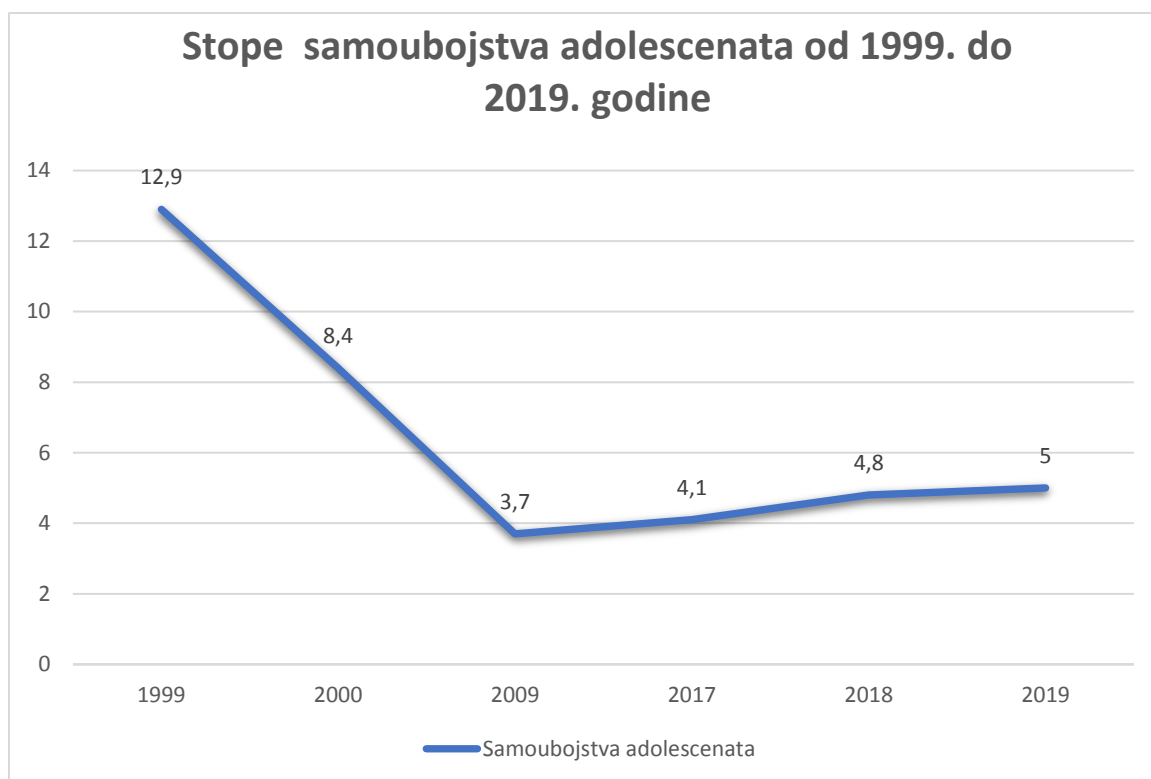
Od navedenih suicidalnih ponašanja kod adolescenata je najprisutnije samoozljeđivanje. Samoozljeđujuće ponašanje odnosi se na široku lepezu ponašanja u kojima pojedinac izravno i namjerno nanosi štetu sebi. Takvo ponašanje može uključivati nesuicidalno samoozljeđivanje (Non-suicidal self-injury-NSSI), koje se odnosi na izravno, namjerno uništavanje vlastitog tjelesnog tkiva u odsutnost namjere da se umre; i pokušaje samoubojstva (Deliberate self-harm-DSH) koji se odnose na izravno nastojati da namjerno okonča vlastiti život (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson i Prinstein, 2006). Nesuicidalno samoozljeđivanje se obično sastoji od ponavljajućeg rezanja, paljenja, trljanja ili štipanja gdje su glavni motivi: ublažavanje nevolje, „osjetiti nešto“, samokažnjavanje, bijeg iz teške situacije ili apel za pomoć. Nasuprot tome namjerno samoozljeđivanje uključuje pokušaj samoubojstva pri čemu postoji stvarna namjera umiranja (Posner, Oquendo, Gould, Stanley i Davies, 2007).

2.2. OPSEG PROBLEMA SUICIDA KOD ADOLESCENATA

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (2019) svake godine gotovo 800.000 ljudi umre zbog samoubojstva, što je jedna osoba svakih 40 sekundi, radi čega je samoubojstvo drugi najveći uzrok smrti u svijetu. Posebno zabrinjavaju pokazatelji prema kojima je na svaku osobu koja je počinila samoubojstvom moglo biti više od 20 drugih koji su pokušali isto (Brečić, 2017). Pokušaje suicida možemo shvatiti kao dio kontinuuma samoubilačkog ponašanja koji se može konceptualizirati kao onaj koji se kreće od samoubilačkih ideja s jedne strane do pokušaja samoubojstva s druge, gdje pokušaji mogu rezultirati dovršenim samoubojstvom (Palmer, 2004). Alarmantan je podatak kako su samoubojstva jedan od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj te drugi najčešći uzrok smrti kod mladih osoba u dobi do 15 do 29 godina. Uzroci smrtnosti u Hrvatskoj se registriraju u sklopu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo gdje je 1986. godine osnovan Registar izvršenih samoubojstava Hrvatske. Registar predstavlja specijalni zdravstveno-statistički instrument i ima značajke populacijskog registra u kojem se prate podaci o svim osobama s prebivalištem u Hrvatskoj koje su izvršile samoubojstvo (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017). Izvršena samoubojstva prikazuju se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB) i srodnih zdravstvenih problema (SZO),

šiframa vanjskih uzroka namjernog samoozljeđivanja uz koje se vežu šifre osnovnog uzroka smrti. Zaključno s 1994. godinom, namjerno samoozljeđivanje šifrirano je prema IX reviziji (šifre E 950- E 959), a od 1995. godine prema X reviziji (šifre X60-X84). Izvor podataka je Potvrda o smrti/ Izvješće o uzroku smrti i Statistički izvještaj o smrti. Podaci se prikazuju skupno te se rutinski analiziraju prema dobi, spolu, županiji boravka, načinu izvršenja, a moguće su i specifične analize prema županiji rođenja, danu i mjesecu izvršenja samoubojstva, eventualnoj psihijatrijskoj ili somatskoj dijagnozi (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2020).

Kako u mnogim državama, tako i u Hrvatskoj, samoubojstvo se shvaća kao vodeći javnozdravstveni problem koji je glavni uzrok smrti od ozljeda. Uz prometne nesreće suicid je i jedan od vodećih uzroka ukupnog mortaliteta u dobi od 15 do 29 godina (Marčinko, 2011). Kroz godine bilježe se oscilacije u broju izvršenih samoubojstava, kao i u broju izvršenih samoubojstava prema broju stanovnika (stopa/100.000), iako za djecu ispod 14 godina stopa nikada ne prelazi 1 slučaj na 100 000 (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017). Nasuprot toga učestalost se suicida kod djece u dobi od 15. do 19. godine povećala za 50% u razdoblju između 1970. i 1990. godine, iako je 1999. godine zabilježena najveća stopa smrtnosti u ovoj populaciji koja iznosila 12,9/100.000 koja nakon toga otpada s godinama (2000. stopa 8,4; 2009. stopa 3,7) da bi od 2017. stopa krenula ponovno rasti (2017. stopa 4,1; 2018. 4,8; 2019 5,0) (*Slika 1.*). Važno je spomenuti kako stope samoubojstava adolescenata prate trendove oscilacija stopa i u drugim dobnim skupinama. Kod uspoređivanja adolescentnog suicida i suicida odraslih osoba bitno je pripaziti na razlike koje se kreću u rasponu od broja ljudi koji su počinili suicid, preko različitih motiva i uzroka pa sve do različitih metoda izvršenja samog čina (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2020).



Slika 1. Grafički prikaz izvršenih samoubojstva adolescenata od 15. do 19. godine u razdoblju od 1999. do 2019. godine.

Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Međutim, praćenje suicidalnih ponašanja može predstavljati izazov iz nekoliko razloga (Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014):

- 1) Nedostatka jasnoće o tome što točno treba nadzirati - treba li nadzirati svako samousmjereni nasilje (namjerno i nenamjerno samoozljeđivanje, suicidalno i nesuicidalno ponašanje kojim si osoba nanosi opasnost i štetu, samoubilačke misli ili kombinaciju svega navedenog)
- 2) Većina podatkovnih sustava koji se trenutno koriste za procjenu trendova u samoubilačkom ponašanju nisu dizajnirani samo za navedeno područje – pitanja koja su specifična za samoubojstvo često su ograničena, a prikupljeni podaci rijetko pružaju dubinu informacija potrebnih za učinkovitu prevenciju i intervenciju
- 3) Podaci o izvršenim samoubojstvima mogu se razlikovati s obzirom na geografske razlike u metodama istrage smrti i klasificiranje dvosmislenih slučajeva, nedostatka financijskih sredstava i vremena za provođenjem sveobuhvatnih istraga o svim odgovarajućim incidentima kako bi se točno utvrdio uzrok smrti

- 4) Pravodobnost nacionalnih procjena samoubojstava može biti otežana zbog složenosti postupka potvrde i registracije smrti – sudjeluje veliki broj stručnjaka od policajaca i medicinskih istražitelja do mrtvozornika

2.3. ISTRAŽIVANJA SUICIDALNIH PONAŠANJA I SIMPTOMA ADOLESCENATA

Pokušaji samoubojstva među adolescentima događaju se alarmantnom brzinom te predstavljaju značajne zdravstvene troškove i opterećenje, a povezani su s većom vjerojatnošću za ponovljene pokušaje samoubojstva i konačnom smrću od samoubojstva (Center for Mental Health Services, 2001). Procjenjuje se da 12,1% američkih adolescenata doživljava suicidalne misli i ideacije, 4,0% razvija plan samoubojstva, a 4,1% pokušava samoubojstvo (Nock i sur., 2013). Slični podaci dobiveni su i na adolescentima u Njemačkoj (10,7% suicidalne misli, 5,0 %, plan samoubojstva 3,4% pokušaj samoubojstva) gdje je 66% onih sa suicidalnim mislima izvijestio o trajnoj ili ponavljanoj ideji tijekom više od 1 godine, a 75% prijavilo je više od 1 epizode (Voss, Ollmann, Miché, Venz, Hoyer, Pieper i Beesdo-Baum, 2019). Analiza GSHS-a (Global School-based Student Health) učenika od 13. do 17. godine u 90 zemalja koju su proveli Campisi, Carducci, Akseer, Zasowski, Szatmari i Bhutta (2020) pokazuje kako su nasilništvo ili neostvarivanje bliskih prijateljstava najpovezaniji sa samoubilačkim idejama kod djevojaka. Među mladićima, tučnjava i neostvarivanje bliskih prijateljstava bilo je povezano sa samoubilačkim idejama, uz dodatak ozbiljne ozljede za mladiće od 13 do 15 godina. Svim mlađim adolescentima bila je zajednička povezanost pokušaja samoubojstva s nasiljem i teškom ozljedom. Navedene podatke potvrđuje i analiza istraživanja provedenog u 82 zemlje gdje se uz navedeno ispituje i anksioznost koju češće doživljavaju djevojke, a koja je povezana sa suicidalnim idejama (Biswas, Scott, Munir, Renzaho, Rawal, Baxter i Mamun, 2020).

Sustavnim pregledom i metaanalizom 77 longitudinalnih istraživanja provedenih u Kanadi i SAD-u u razdoblju od 1995. do 2017.godine na nekliničkoj populaciji u dobi od 12. do 26. godina uočene su razlike u suicidalnim ponašanjima i simptomima između djevojaka i mladića. Rezultati pokazuju kako adolescentice imaju gotovo dvostruko veći rizik za pokušaj samoubojstva od adolescenata, dok adolescenti imaju gotovo trostruko veći rizik da umru od samoubojstva (Blasco i sur., 2019). Navedene rezultate podupiru mnoga istraživanja različitih autora (Beautrais, 2002; Evans, Hawton, Rodham, Deeks, 2005; Kokkevi, Rotsika, Arapaki, Richardson, 2012, prema Nock i sur., 2013). Djevojke također češće imaju suicidalne misli i

pokušaje u mlađoj dobi (Wunderlich, Bronisch, Wittchen, Carter, 2008; Campisi i sur., 2020), dok se stopa samoubojstava mladića povećava do rane odrasle dobi (Wunderlich i sur., 2008) što se u kontekstu istraživanja samoubojstva naziva „rodni paradoks” (Canetto i Sakinofsky, 1998). Razlog i namjera za počinjenjem samoubojstva bit će presudni kod odabira metode za realizaciju istog tj. što osoba osjeća veći nagon za smrću to će odabrati potencijalno smrtonosniju metodu što objašnjava razlike u spolu kod pokušaja i izvršenja samoubojstva. Tako žene (uključujući i adolescentice) biraju manje nasilne i smrtonosne metode kao što je trovanje tabletama, dok muškarci mnogo češće pribjegavaju vješanju i korištenju vatrenog oružja što dovodi do češće realizacije samoubojstva (Rhodes, Lu i Skinner, 2014). Navedeno potvrđuju i rezultati kanadske studije u kojoj su analizirani administrativni podaci od 1979. do 2015. godine gdje su više od polovice sudionika koji su izvijestili o samoozljeđivanju bile žene, a kao najčešće sredstvo samoozljeđivanja zabilježeno je trovanje (89%), dok je 46,9% muškaraca kao primarnu metodu samoubojstva odabralo gušenje tj. vješanje i davljenje (Skinner, McFaull, Draca, Frechette, Kaur, Pearson i Thompson, 2016).

Nock i sur. (2006) na podacima iz kliničkih intervju s 89 adolescenata primljenih u adolescentnu psihijatriju koji su se samoozljeđivali u posljednjih 12 mjeseci zaključuju kako ne postoje statistički značajne razlike u prevalenciji NSSI-a i DSH-a. Slično potvrđuju i Mars, Claes, Havertape i Plener (2012) u sustavnom pregledu 52 empirijske studije od 2005. do 2011. godine u kojem izvještavaju o sličnoj prevalenciji NSSI-a i DSH-a u adolescentskim uzorcima širom svijeta (NSSI (18%, SD=7,3) i DSH (16%, SD=11,6). Sustavnim pregledom 64 studije utvrđeno je kako nesuicidalno samoozljeđivanje i suicidalna ponašanja imaju zajedničke čimbenike rizika kao što su depresija, granični poremećaj osobnosti, zloupotreba supstanci, impulzivnost, ADHD, povijest seksualnog zlostavljanja ili fizičkog nasilja i obiteljska disfunkcija (Grandclerc, Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal i Moro, 2016). Izvještavanje o samoozljeđivanju postaje sve češće od 12. godine nadalje što je posebno zabrinjavajuće kod djevojaka gdje je od 12. do 15. godine taj omjer 6:1 u odnosu na mladiće (Boeninger, Masyn i Feldman, 2010). Također, novija istraživanja potvrđuju povećani rizik od samoozljeđivanja među djevojkama od 13. do 16. godine do 68% u odnosu na mladiće što ukazuje na goruću potrebu za razvojem i provedbom učinkovitih intervencija za djevojčice u ranoj srednjoškolskoj dobi (Mars, Heron, Klonsky, Moran, O'Connor, Tilling, Wilkingson i Gunnell, 2019). Uključivanje namjere u definiciju samoubojstva omogućuje prividnu razliku između onih koji se samoozljeđuju u pokušaju smrti i onih koji se samoozljeđuju iz drugih nesuicidnih razloga,

no takvu razliku ne možemo sa sigurnošću uočiti zbog čega je važno pravovremeno reagiranje na različite oblike samoozljeđivanja adolescenata s naglaskom na utvrđivanje razloga i namjere.

Većina glavnih psihijatrijskih problema povezana je s povećanim rizikom za pokušaje, ali i realizaciju samoubojstva adolescenata. Izdvajaju se velika depresivna epizoda, generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, distimični poremećaj, ali i poremećaji ponašanja, poremećaj zlouporabe sredstva ovisnosti i ADHD te se vjerojatnost pokušaja samoubojstva povećava sa komorbiditetom drugih psihijatrijskih poremećaja (Goldston i sur., 2009). Smatra se da je prisutnost simptoma depresije jedan od ključnih čimbenika za objašnjenje pokušaja samoubojstva i počinjenih samoubojstava kod adolescenata (Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James i Fagg, 1999). Na uzorku od 1409 adolescenata kao glavni depresivni simptomi izdvajaju se mržnja prema sebi, usamljenost, tuga, gubitak interesa i pesimizam, a slijede ih umor, poremećaj spavanja, teškoće u školskom radu, negativna slika vlastitog tijela i samoosušivanje (Mullarkey, Marchetti i Beevers, 2019). Navedenim simptomima Ledić, Šušac, Ledić, Babić i Babić (2019) pridružuju i tmurno raspoloženje, anhedoniju, depresivno opisivanje sebe, osjećaj beznadnosti i krivnje, socijalno povlačenje, zlouporabu supstanci, promiskuitet i suicidalnost. Istraživanja Von Knorring i Kristiansson (1995, prema Apter i Wasserman, 2003) pokazuju kako 44% adolescentica i 60% adolescenata koji su pokušali samoubojstvo, imaju simptome umjerene ili ozbiljne depresija. Dva nacionalno reprezentativna istraživanja američkih adolescenata (N=506 820) uključujući i analizu nacionalnih statistika o smrtnosti od samoubojstava za one od 13 do 18 godina pokazuju kako su između 2010. i 2015. godine porasle stope samoubojstava adolescenata koji izvještavaju o depresivnim simptomima (Twenge, Joiner, Rogers, Martin, 2018). Opsežna četverogodišnja studija u kojoj je upitnik ispunilo 291 110 adolescenata kao glavne stresore u ovom razdoblju izdvaja školske zadatke i očekivanja te sukobe s vršnjacima i roditeljima, pri čemu sukobi s vršnjacima i roditeljima povećavaju vjerojatnost za depresivno raspoloženje i suicidalne ideje (Kim, 2021), ali jednako tako mogu djelovati kao zaštitni čimbenici radi čega je važno njegovati i osnaživati odnose s vršnjacima i roditeljima.

3. OBITELJ I ADOLESCENTI

Unatoč izrazitom gubitku funkcija u razvijenim zemljama kao rezultat industrijalizacije, modernizacije i društvenih promjena povezanih s tim procesima, obitelj je pokazala izvanrednu otpornost i sposobnost prilagodbe čime je postala fokus istraživačkog interesa (WHO, 1978). Bez obzira na polazište s kojega promatramo obitelj, obiteljski odnosi igraju središnju ulogu u oblikovanju pojedinca tijekom čitavog životnog puta, a posebice u djetinjstvu i adolescenciji (Merz, Consedine, Schulze i Schuengel, 2009). Obitelj i obiteljski odnosi su tema o kojoj se na različitim razinama raspravlja u svim slojevima i skupinama društva prenoseći poruku o važnosti obitelji i njezinoj vodećoj poziciji u sustavu društvenih vrijednosti (Wagner Jakob, 2008). Kvaliteta obiteljskih odnosa, uključujući socijalnu podršku (npr. pružanje ljubavi, savjeta i njege) i razni napori (eng. *strain*, npr. svađe, kritičnost, postavljanje previše zahtjeva) može utjecati na psihosocijalnu, bihevioralnu i fiziološku dobrobit pojedinca (Thomas, Liu i Umberson, 2017). Kao primarni agent socijalizacije, obitelj se smatra najvažnijim polazištem za mnoge dobre karakteristike, ali i probleme, poremećaje i bolesti zbog čega su znanstvenici i istraživači u posljednja dva desetljeća posvetili posebnu pažnju upravo ovom kontekstu kroz izučavanje zaštitnih i rizičnih čimbenika (Ferić, 2008).

3.1. OBITELJSKI ZAŠTITNI ČIMBENICI

Zaštitni čimbenici su oni koji posreduju ili usporavaju učinke izloženosti rizičnim čimbenicima i smanjuju incidencije problema u ponašanju i emocijama, a u obiteljskom okruženju to mogu biti prisutnost/potpura obitelji, pozitivan odnos roditelj – dijete i učinkovito roditeljstvo (Bašić, 2009). Takvi čimbenici mogu pozitivno utjecati, modificirati, poboljšati ili promijeniti način na koji osoba odgovara na nedaće koje ih izlažu riziku zbog neprilagođenih ishoda. Obiteljski milje sastavni je dio trijade zaštitnih čimbenika (tj. temperament, obiteljski čimbenici i izvanobiteljska potpora) identificiranih u studijama o djeci izloženoj izraženom stresu. Pozitivno obiteljsko okruženje (posebno roditeljska toplina i privrženost) smanjuje štetne učinke stresa i pozitivno djeluje na promicanje adaptivnog funkcioniranja (Garmezy, 1983; Werner i Smith, 1982, prema Formoso, Gonzales i Aiken, 2000). Iste autorice navode kako su otkrića u skladu s perspektivom emocionalne sigurnosti prema kojoj stresne okolnosti mogu, ali i ne moraju, biti štetne za djetetovu emocionalnu dobrobit, ovisno o tome osjeća li dijete da će njegove emocionalne potrebe i dalje biti zadovoljene unutar obitelji. Poticajno obiteljsko

okruženje (afektivna kohezija roditelja i djece, roditeljska podrška, roditeljski nadzor, samopouzdanje i otvorenost te empatična obiteljska komunikacija) pozitivno je povezano s boljom adolescentnom ponašajnom i psihološkom prilagodbom (Bond, Toumbourou, Thomas, Catalano i Patton, 2005).

Rutter (1988, prema Jackson, Sifers, Warren i Velasquez, 2003) kao glavne zaštitne čimbenike u obitelji izdvaja ostvarene pozitivne veze s članovima obitelji (izražajnost, kohezija), mogućnosti za osobni rast u obitelji (neovisnost, usmjerenost na postignuća) i pružanje strukture (organizacija, pravila u planiranju i vođenju obiteljskog života). Također navodi kako dobar odnos, koji uključuje podršku, njegovanje i empatiju, s barem jednim roditeljem značajno smanjuje količinu neprilagođenog ponašanja i doprinosi pozitivnijem mentalnom zdravlju djece i adolescenata. Nalazi studije koju su proveli Folger i Wright (2013) ukazali su na značajan učinak opažene socijalne potpore obitelji i prijatelja što je bilo snažno povezano s pozitivnim utjecajem na kasnije afektivne posljedice, uključujući depresiju, anksioznost, bijes i neprijateljstvo čija se pojavnost s povećanom socijalnom potporom smanjuje.

Longitudinalne razvojne studije Wenera i Smitha (1982; 1992) sugeriraju kako na mentalno zdravlje adolescenata utječu čimbenici iz nekoliko domena, a one uključuju samog adolescenta (osobni resursi), obitelj (obiteljski resursi), kao i njegovo šire društveno okruženje (društveni resursi). Isti autori kao obiteljske resurse koji umanjuju pojavnosti ili simptome problema mentalnog zdravlja navode roditeljsku potporu, autoritativni odgojni stil djece i dobru obiteljsku klimu ili koheziju. Podrška pozitivnom ponašanju ili pozitivno roditeljstvo s visokom toplinom, kvalitetnom komunikacijom, reagiranjem na djetetove potrebe i svakodnevne rutine te jasna pravila i očekivanja jedno od nekoliko roditeljskih dimenzija koje su povezane s manje disfunkcionalnih ponašanja kod djece i adolescenata (Vanderbilt-Adriance, Shaw, Brennan, Dishion, Gardner i Wilson, 2015). Tijekom ranog djetinjstva roditelji služe kao primarni agenti za druženje postavljajući smjernice za prihvatljivo ponašanje i podučavajući svoju djecu vještinama koje su im potrebne za uspjeh u kasnijim razvojnim zadacima (Dishion i Patterson, 2006). Stabilno i podržavajuće obiteljsko okruženje doprinosi boljoj psihosocijalnoj prilagodbi i mentalnom zdravlju adolescenata, a autoritativni roditeljski stil i dvosmjerna komunikacija između članova obitelji pozitivno utječu na njihove socijalne kompetencije te smanjuju vjerojatnost mentalnih problema. Otvorene obiteljske interakcije predstavljaju mogućnosti za roditelje da unutar obitelji stvore sigurno mjesto koje će adolescentima omogućiti da iskazuju svoje osjećaje, brige i prepreke što je pogodno za mentalno zdravlje adolescenata (Repetti, Taylor i Seeman, 2002). Rezultati prvog vala longitudinalne BELLA studije provedene u

Njemačkoj od 2009. do 2012. u kojoj su sudjelovali adolescenti od 11 do 17 godina sugeriraju kako problemi mentalnog zdravlja roditelja (izvještaji roditelja) predviđaju simptome depresije kod djece i adolescenata (samoiskaz), kao i razvoj tih simptoma tijekom vremena, dok pozitivna obiteljska klima i potpora mogu znatno smanjiti rizik za negativnu prognozu dječjih i adolescentnih simptoma depresije koju povećava roditeljska psihopatologija (Klasen, Otto, Kriston, Patalay, Schlack i Ravens-Sieberer, 2015). U drugom valu BELLA studije koji je proveden od 2014. do 2017. godine u fokusu je kvaliteta života adolescenata povezana sa zdravljem kao subjektivna i višedimenzionalna konstrukcija koja uključuje fiziološke, psihološke i funkcionalne aspekte zdravlja i dobiti pri čemu pozitivna obiteljska klima i podrška povećavaju kvalitetu života adolescenata na početku istraživanja, ali i tijekom vremena što je posebno izraženo kod starijih adolescentica u dobi od 14 do 17 godine u odnosu na mlađe ispitanike oba spola (Otto, Haller, Klasen, Hölling, Bullinger, Ravens-Sieberer i BELLA Study Group, 2017).

3.2. OBITELJSKI RIZIČNI ČIMBENICI

Rizični čimbenici su one karakteristike, varijable ili opasnosti koje ukoliko su prisutne povećavaju vjerojatnosti da će taj pojedinac, prije nego netko drugi iz opće populacije, razviti poremećaj u ponašanju i emocijama, a to u obiteljskom okruženju može uključivati zlostavljanje djece, konflikte između roditelja, roditeljsku patologiju i „siromašno roditeljstvo“ koje uključuje siromašnu komunikaciju, rješavanje problema i vještine nadzora (Bašić, 2009). Općenito, čimbenici rizika ne pojavljuju se izolirano, ali imaju tendenciju udruživanja i interakcije, a ranjivost na čimbenike rizika varira ovisno o dobi i spolu te trajanju utjecaja rizika. Obiteljski rizični čimbenici koji pogoduju razvoju problema s mentalnim zdravljem povezani su s brojnim teretom za djecu i adolescente kao što je nisko samopouzdanje i samopoštovanje, simptomi depresije, anksioznosti i ostalih psihijatrijskih problema, problema sa spavanjem i koncentracijom, funkcioniranje u školi, prilagodba okolini, odnosi s vršnjacima i roditeljima (Jamieson i Romer, 2005).

Zbog tereta povezanog s mentalnim zdravljem djece i adolescenata od posebnog je interesa postići bolje razumijevanje čimbenika koji utječu na pojavu raznih teškoća i problema. Što se tiče psihosocijalnih čimbenika, rezultati nekoliko studija ukazuju na povezanost mentalnih problema kod adolescenta s tjelesnim bolestima djeteta ili roditelja, roditeljskim sukobima, negativnom komunikacijom, raspadom obitelji, psihijatrijskim dijagnozama kod roditelja, alkoholizmom i ovisnosti roditelja i niskim socioekonomskim statusom. Međutim, rizični

čimbenici nisu ograničeni samo na psihosocijalne uvjete, već ključnu ulogu igraju i biološki čimbenici rizika kao što su prerano rođenje, pušenje ili pijenje tijekom trudnoće i psihijatrijski problemi roditelja (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer i BELLA study group, 2008). Brojne studije ističu iznimno negativan utjecaj nasilja ili seksualnog zlostavljanja unutar obitelji na adolescentno mentalno zdravlje i odnose s drugima što se nastavlja i u odraslu dob (McCloskey, Figueredo i Koss, 1995; Spataro, Mullen, Burgess, Wells i Moss, 2004). Postoji mnoštvo literature koja dokumentira povezanost između obiteljskih sukoba i širokog spektra adolescentnih mentalnih zdravstvenih problema. Primjerice, obiteljski sukob povezan je s eksternaliziranjem problema poput problema u ponašanju, agresije i asocijalnog ponašanja, kao i s internaliziranjem problema poput depresije, anksioznosti i povučенosti te niskog samopoštovanja (Barrera, Li i Chassin, 1995; Jenkins i Smith, 1990; 1991; Peterson i Zill, 1986, prema Formoso, Gonzales i Aiken, 2008).

Bračna nesloga, sukobi roditelja i djeteta, nedovoljan nadzor i kontrola te loša obiteljska komunikacija bili su više prisutni među djecom depresivnih roditelja nego među djecom nedepresivnih roditelja. Prisutnost ovih čimbenika povezana s višim stopama velike depresije, poremećajima ponašanja i drugim dijagnozama kod adolescenata (Fendrich, Warner i Weissman, 1990). U vezi s tim, rezultati istraživanja koje su proveli Gilman, Kawachi, Fitzmaurice i Buka (2003) sugeriraju kako je razvod roditelja u ranom djetinjstvu bio povezan s većim životnim rizikom od depresije među sudionicima čije se majke nisu ponovo udale, kao i među sudionicima čije su se majke preudale. Ti su učinci bili izraženiji kada su bili popraćeni visokom razinom roditeljskog sukoba. Neovisno o odraslom socioekonomskom statusu sudionika, nizak socioekonomski status u djetinjstvu predvidio je povišeni rizik od depresije. Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick i Verhulst (2002) su ispitali povezanost demografskih i obiteljskih karakteristika i životnih događaja kod djece s rizikom od problema u ponašanju i/ili emocionalnih problema te rezultati pokazuju kako je rizik od problema u ponašanju i emocijama veći za djecu duže nezaposlenih roditelja i roditelja koji su se nedavno razveli. Demografske karakteristike roditelja bile samo umjereno povezane s rizikom, dok je iznimka povezanost između etničke pripadnosti i problema u ponašanju i osjećajima.

3.3. ISTRAŽIVANJA OBITELJSKIH ČIMBENIKA I SUICIDALNIH SIMPTOMA ADOLESCENATA

Sve veća stopa samoubojstava među adolescentima povećala je zanimanje istraživača za utvrđivanje čimbenika koji objašnjavaju samoubojstvo u mladosti. Budući da je obitelj

primarno okruženje za društveni razvoj intuitivno ima smisla pomisliti kako da bi kvaliteta obiteljskih odnosa mogla bitno pridonijeti negativnim razvojnim putanjama koje vode do suicidalnih simptoma. Pored mogućeg utjecaja obiteljskih odnosa putem izravnih i neizravnih procesa socijalizacije roditelja, roditelji mogu genetski pridonijeti suicidalnosti, prenoseći na buduće generacije nasljednu biološku ranjivost (Roy, 1989, prema Wagner, Silverman i Martin, 2003). Wagner (1997) je istaknuo nekoliko važnih obiteljskih čimbenika rizika za pokušaj suicida adolescenata uključujući gubitke ili razdvojenosti djeteta od obitelji, loše obiteljske odnose i obiteljsku psihopatologiju.

Jednogodišnje longitudinalno istraživanje testiralo je model povezanosti depresije majke i adolescentnih suicidalnih simptoma. U istraživanju je sudjelovalo 240 djece u dobi od 10 i 11 godina i njihove majke od kojih je 77% u anamnezi imalo poremećaj raspoloženja ili depresiju, a preostalih 23% je imalo neke druge oblike patologije. Ovo je istraživanje otkrilo da je povijest depresije majki značajno predviđala simptome samoubojstva kod adolescenata, a odnosu između majčine depresije i adolescentnog samoubojstva posredovalo je obiteljsko funkcioniranje. Stoga bi majčina depresija mogla biti distalni uzročni čimbenik koji pridonosi negativnom obiteljskom okruženju, što može biti proksimalniji mehanizam koji dovodi do suicidalnih simptoma u adolescenata. Autori navedeno argumentiraju time što depresivne majke imaju tendenciju da imaju nefunkcionalne roditeljske stilove koje karakteriziraju neprijateljstvo, kritika i neodgovornost te one imaju visoku razinu negativnih afektivnih razmjena sa svojom djecom. U takvom obiteljskom okruženju djeci bi moglo biti teško nositi se i izravno progovarati o svojim problemima kako ne bi pogoršali majčinu depresiju ili povećali njezino neprijateljstvo (Garber, Little, Hilsman i Weaver, 1998).

Rezultati analize istraživanja izvršenih i pokušanih samoubojstava adolescenata koju su proveli Wagner, Silverman i Martin (2003) pokazuju kako su oba suicidalna čina povezana s negativnim odnosima roditelja i djeteta (npr. visoki sukobi, niska bliskost), disfunkcionalnom komunikacijom, zlostavljanjem djeteta, životom s jednim biološkim roditeljem i obiteljskom anamnezom afektivnih i asocijalnih poremećaja. Razvodi i obiteljska anamneza samoubilačkog ponašanja i zlouporabe alkohola / droga snažnije su povezani s dovršenim samoubojstvom nego s drugim suicidalnim simptomima, dok su niska kohezija i prilagodljivost te nesigurna privrženost i disfunkcionalna komunikacija dosljednije povezane s nefatalnim suicidalnim simptomima. Isti autori navode kako su Brent i sur. (1994) otkrili da sukob s roditeljima u 50% slučajeva prethodi pokušanom suicidu ili iskazivanjem suicidalnih namjera nego izvršenom suicidu (20%), dok su Gould, Fisher, Parides, Flory i Shaffer (1996) na uzorku od 120

devetnaestogodišnjaka utvrdili da su mlade osobe koje izvrše samoubojstvo imale manje učestalosti i manje zadovoljavajuću komunikaciju i s majkama i s očevima.

Randell, Wang, Herting i Eggert (2006) su usporedili obiteljski rizik i zaštitne čimbenike među potencijalnim srednjoškolcima koji bi mogli napustiti školu s rizikom od samoubojstva i bez njega te ispitali opseg kojim ovi čimbenici predviđaju kategorije suicidalnih ponašanja. Ispitanici su nasumično odabrani iz redova adolescenata koji bi mogli prekinuti školovanje u 14 srednjih škola. Na temelju statusa rizika od samoubojstva, 1083 potencijalnih učenika koji napuštaju srednju školu pripadaju jednoj od četiri definirane skupine; 573 ima rizik od samoubojstva, 242 ima nizak rizik od samoubojstva, 137 ima umjereni rizik od samoubojstva i 131 ima visok rizik od samoubojstva. Rezultati su pokazali značajne razlike u skupinama obiteljskih rizika i zaštitnih čimbenika koje su mladi sami prijavili. Povećana razina rizika od suicida bila je povezana s uočenim sukobom s roditeljima, neispunjenim obiteljskim ciljevima i obiteljskom depresijom, dok je smanjena razina rizika bila povezana s percepcijom roditeljske uključenosti i obiteljskom podrškom što se tiče škole. Percipirani sukob s roditeljima, obiteljska depresija, zadovoljstvo obiteljskom podrškom i dostupnost obiteljske podrške za školu bili su najjači prediktori adolescentnih suicidalnih ponašanja.

Do sada su ispitivane različite promjenjive (odnosi u obitelji, komunikacija, podrška) i nepromjenjive (povijest bolesti, obiteljska struktura, stresni događaji) dimenzije obitelji kao sustava s rizicima za suicidalno ponašanje adolescenata koje uključuje depresivne simptome, suicidalne misli, ideje, namjere, pokušaje i na kraju izvršena samoubojstva. Unatoč dokazima da obiteljsko funkcioniranje povećava ili smanjuje razinu rizika za suicidalna ponašanja među adolescentima, specifične dimenzije obiteljskog funkcioniranja povezane s adolescentnim suicidalnim ponašanjima ostaju nejasne zbog kompleksnosti i jedinstvenosti samog fenomena te ih je potrebno dalje istražiti.

4. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

S obzirom na nedostatak istraživanja suicidalnih simptoma i ponašanja adolescenata u Hrvatskoj te nedovoljno istraženo područje obiteljskih odnosa, cilj ovog diplomskog rada je istražiti doprinos obiteljske komunikacije simptomima suicidalnosti adolescenata koristeći se podacima prikupljenima na uzorku varaždinskih srednjoškolaca. Uz spomenuto, ispitat će se i rodne i dobne razlike u percepciji obiteljske komunikacije i pojavi suicidalnih simptoma. Navedena pitanja potrebno je dodatno istražiti kako bi nam nova saznanja o odnosu obitelji i suicidalnih ponašanja adolescenata dala smjernice za daljnji preventivni i tretmanski rad. Posebno je potrebno njegovati područje obiteljske komunikacije i odnosa kako bi se osigurao pozitivan i harmoničan razvoj adolescenata.

Obzirom na definirani cilj istraživanja, postavljena su sljedeća istraživačka pitanja i hipoteze na uzorku srednjoškolaca Varaždinske županije:

Problem 1. Ispitati razinu suicidalnih simptoma adolescenata te percepciju obiteljske komunikacije.

Kako je ovaj problem eksplorativnog karaktera, ne predviđa se nikakva hipoteza već će se na ovaj problem odgovoriti samim istraživanjem.

Problem 2. Ispitati rodne razlike u suicidalnim simptomima te percepciji kvalitete obiteljske komunikacije.

Hipoteza 2.1. Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini suicidalnih simptoma djevojaka i mladića na način da će djevojke iskazivati više suicidalnih simptoma u odnosu na mladiće.

Hipoteza 2.2. Pretpostavlja se da će postojati razlike u percepciji obiteljske komunikacije djevojaka i mladića na način da će mladići iskazivati pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije u odnosu na djevojke.

Problem 3. Ispitati dobne razlike u suicidalnim simptomima i percepciji obiteljske komunikacije.

Hipoteza 3.1. Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini suicidalnih simptoma mlađih i starijih sudionika na način da će stariji sudionici iskazivati više suicidalnih simptoma nego mlađi sudionici.

Hipoteza 3.2. Pretpostavlja se da će postojati razlike u percepciji obiteljske komunikacije mlađih i starijih sudionika na način da će mlađi sudionici iskazivati pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije u odnosu na starije ispitanike.

Problem 4. Utvrditi razinu povezanosti percepcije obiteljske komunikacije sa suicidalnim simptomima adolescenata.

Hipoteza 4.1. Pretpostavlja se da će postojati povezanost između percepcije obiteljske komunikacije sa suicidalnim simptomima adolescenata te da će ta povezanost biti negativna na način da će pozitivnija percepcija obiteljske komunikacije biti povezana s nižom razinom suicidalnih simptoma, odnosno da će negativnija percepcija obiteljske komunikacije biti povezana s višom razinom suicidalnim simptomima.

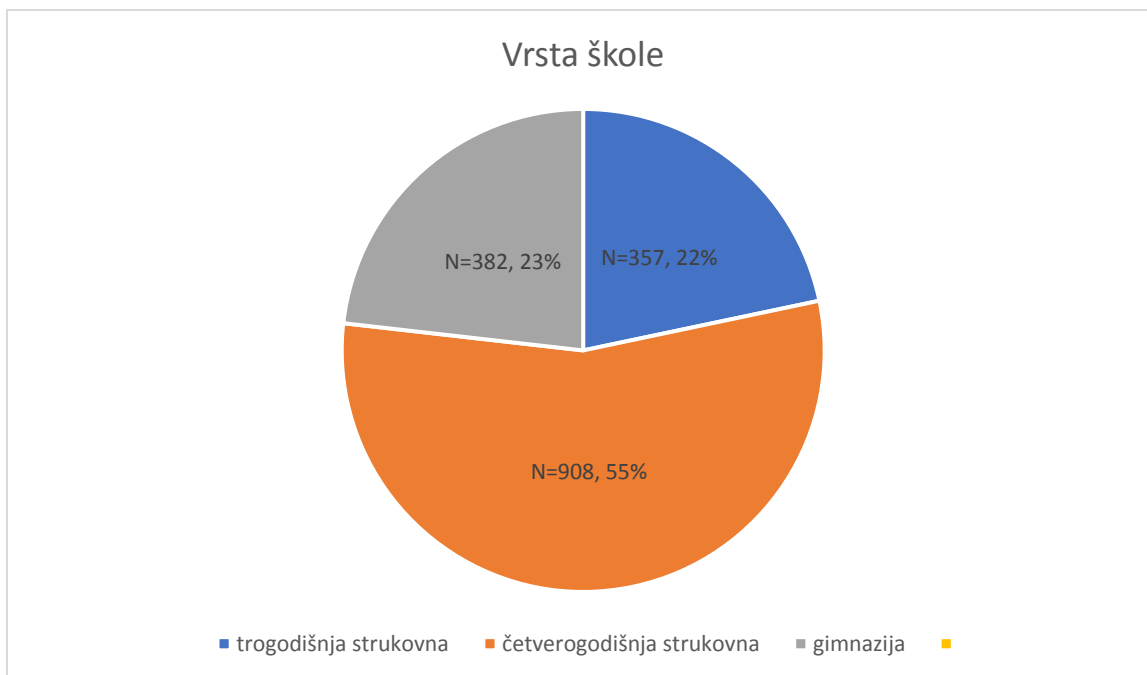
5. METODOLOGIJA

5.1. NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje dio je šireg projekta pod nazivom "Pozitivan razvoj adolescenata u Hrvatskoj" provedenog između 2017. i 2019. godine. koji je istraživao pozitivan razvoj i rizična ponašanja 10 138 adolescenata i karakteristike njihove obitelji, vršnjaka, zajednice i školskog okruženja. Projekt je proveden od strane Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta u pet većih hrvatskih gradova (Zagreb, Varaždin, Osijek, Split i Pula), a u ovom radu korišten je varaždinski uzorak. Ovim diplomskim radom obuhvaćeno je 30% učenika svih varaždinskih srednjih škola, a to su Medicinska škola, Graditeljska, prirodoslovna i rudarska škola, Strojarska i prometna škola, Gospodarska škola, Prva gimnazija, Druga gimnazija, Srednja strukovna škola, Elektrostrojarska škola i Glazbena škola. U provedbi istraživanja i upisivanju podataka sudjelovali su i studenti završne godine diplomskog studija socijalne pedagogije (uključujući i autoricu ovog diplomskog rada koja je sudjelovala u upisivanju podataka), stručni suradnici u školama i posebno educirani suradnici na projektu. Ispitivanje je provedeno grupno za vrijeme nastave, metodom papir-olovka. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i svakom sudioniku je zajamčena anonimnost. Budući da su sudionici istraživanja stariji od 14 godina, prije ispunjavanja upitnika sami su potpisali informirani pristanak za sudjelovanje, dok je roditeljima poslan dokument s osnovnim informacijama o istraživanju.

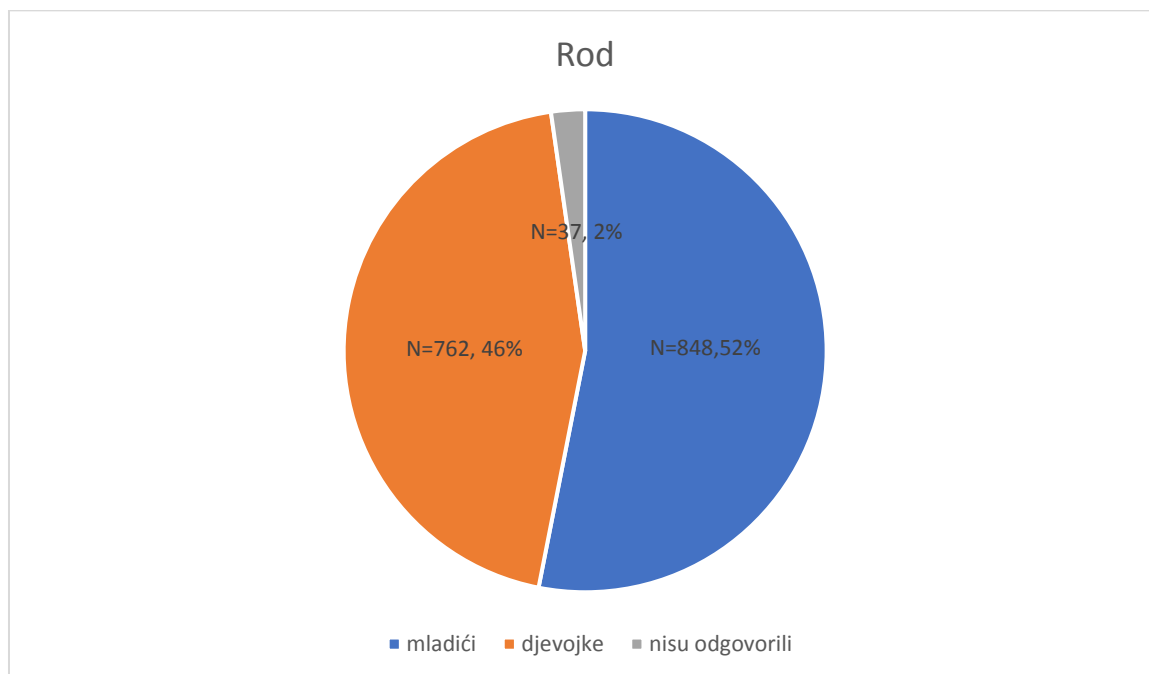
5.1. OPIS UZORKA

Odgovarajući uzorak korišten u ovom radu odnosi se na 1647 adolescenata iz 9 škola u Varaždinskoj županiji. Među njima je 143 učenika Medicinske škole, 154 Graditeljske, prirodoslovne i rudarske škole, 196 Strojarske i prometne škole, 234 Gospodarske škole, 178 Druge gimnazije, 204 Prve gimnazije, 153 Srednje strukovne škole, 305 Elektrostrojarske škole i 80 učenika Glazbene škole. S obzirom na vrstu škole 21,7% učenika pohađa trogodišnju strukovnu školu, 55,1% četverogodišnju strukovnu školu i 23,2% gimnaziju što je grafički prikazano na *Slici 2*.



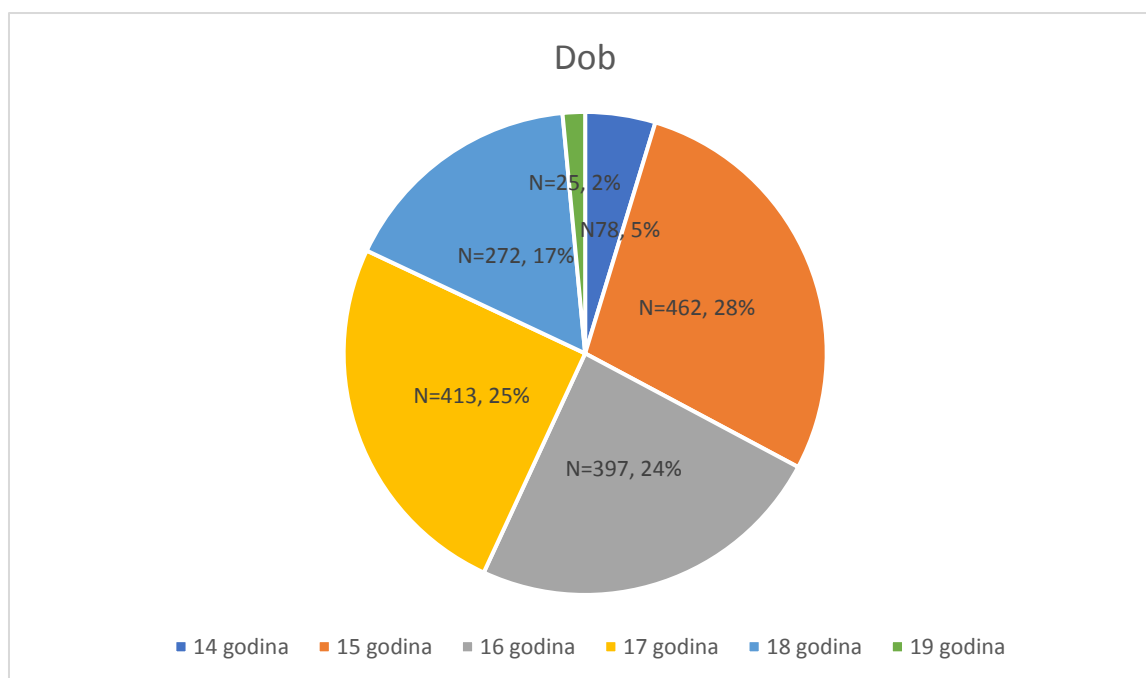
Slika 2. Udio adolescenata uključenih u istraživanje s obzirom na vrstu škole

Od 1647 uključenih adolescenata 51,5% su mladići (N=848), a 46,3% djevojke (N=762), dok njih 2,2% (N=37) nije odgovorilo na ovo pitanje što je vidljivo na grafičkom prikazu na Slici 3.



Slika 3. Udio djevojaka i mladića koji su sudjelovali u istraživanju

Sudionici istraživanja su učenici srednjih škola te pripadaju dobnim skupinama u rasponu od 14 do 19 godina. Prosječna dob sudionika je iznosila 16,25, a sve je grafički predloženo slici 4.



Slika 4. Zastupljenost adolescenata koji su sudjelovali u istraživanju prema dobi

5.2. VARIJABLE I MJERNI INSTRUMENTI

Suicidalni rizik adolescenata je u ovom istraživanju ispitan pomoću istoimene skale korištene u CTC Upitniku za djecu i mlade u sklopu projekta Zajednice koje brinu (*Communities That Care-CTC Youth Survey*). CTC je projekt u kojem predvodnici zajednice zajedno s znanstvenicima i istraživačima rade na prikupljanju podataka, analiziranju rizičnih i zaštitnih čimbenika te odabiru znanstveno utemeljenih programa koji u fokusu djelovanja imaju specifična ponašanja od interesa (Sigel, Mattson i Mercado, 2019). Upitnik je 2008. godine preveden s engleskog jezika na hrvatski, a tijekom primjene u Istarskoj županiji uočeno je kako uz ispitivanje nasilničkog ponašanja, delinkvencije, pijenja alkohola te zlorabe psihoaktivnih tvari postoji težnja za uključivanjem još nekih rizičnih ponašanja kod djece i mladih kako bi se dobila cjelovita slika njihovih potreba. Upravo zbog toga su u Upitnik za djecu i mlade pridružene čestice vezane uz depresivnost i suicidalnost (Mihić, Novak i Bašić, 2010) koje su korištene na uzorku varaždinskih srednjoškolaca. Skala kojim se ispituje suicidalni rizik sastoji se od četiri pitanja (Jesi li a. „Osjećao/la se tužan/na ili bezvoljan/na svakog dana za redom tijekom dva tjedna ili više tako da si prekidao/la svoje uobičajene aktivnosti?“, b. „Ozbiljno razmatrao/la mogućnost da počiniš samoubojstvo?“ c. „Izradio/la plan o tome kako ćeš počiniti samoubojstvo“, d. „Imao/la pokušaj samoubojstva?“) gdje

sudionici sa „X“ označavaju vrijede li navedene tvrdnje za njih (DA/NE), a s obzirom na rezultate formira se 5 razina suicidalnog rizika od 0 do 4 pri čemu viši broj potvrdnih odgovora predstavlja veću razinu suicidalnog rizika.

Za ispitivanje komunikacije unutar obitelji korištena je Skala obiteljske komunikacije (*Family Communication Scale-FCS*, Olson, Gorall i Tiesel, 2004). Skala se sastoji od 10 čestica koje mjere različite aspekte obiteljske komunikacije gdje sudionici označavaju stupanj slaganja s određenim tvrdnjama na Likertovoj skali, od 1 do 5 (1=uopće se ne slažem, 2=uglavnom se ne slažem, 3=ni se slažem, ni se ne slažem, 4=uglavnom se slažem, 5=u potpunosti se slažem. Imajući na umu članove obitelji s kojima žive neke od tvrdnji na koje odgovaraju ispitanici su: „Članovi naše obitelji zadovoljni su kako komuniciraju jedni s drugima“, „Članovi naše obitelji spremni su poslušati što drugi imaju za reći“, „Članovi naše obitelji mogu mirno raspravljati o problemima“, „Članovi naše obitelji međusobno raspravljaju o svojim idejama i uvjerenjima“, „Članovi naše obitelji nastoje razumjeti osjećaje drugih članova“, „U našoj obitelji se niti u ljutnji ne govore loše stvari o drugim članovima“. Ukupnim rezultatom na skali (od 10 do 50) procjenjuje se stupanj do kojeg se članovi obitelji osjećaju nesputano i zadovoljno komunikacijom u njihovoj obitelji pri čemu viši rezultat predstavlja percepciju afektivnije obiteljske komunikacije koja može biti niska, umjerena i visoka. Olson i Gorall (2006) su na nacionalnom uzorku od 2465 osoba izvijestili su o prihvatljivoj razini unutarnje dosljednosti ($\alpha=0,90$), test-retest (0,86) i srednjem rezultatu obiteljske komunikacije (36,20 (SD = 9,00)).

5.3. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

5.3.1. SIMPTOMI I RAZINA SUICIDALNOG RIZIKA

Kako bi se odgovorilo na prvi istraživački problem te utvrdila učestalost postojanja određenih simptoma suicidalnog rizika kod adolescenata u Varaždinskoj županiji, u *Tablici 1.* navedene su frekvencije potvrdnih odgovora na 4 čestice koje upućuju na postojanje suicidalnog rizika, uz pripadajuće postotke. Od čitavog uzorka adolescenata, njih 455 (27,7%) navodi kako su se osjećali tužnima ili bezvoljnima svakog dana za redom tijekom dva tjedna ili više, tako da su prekidali svoje uobičajene aktivnosti. Nadalje, njih 236 (14,4%) je ozbiljno razmatralo mogućnost da izvrše samoubojstvo, dok je 121 sudionik (7,4%) izradio plan kako bi počinilo samoubojstvo. Pokušaj samoubojstva navodi 71 sudionik istraživanja (4,3%).

Tablica 1. Prikaz distribucije frekvencija i postotaka odgovora na skali Suicidalni rizik

Simptomi suicidalnog rizika	Broj potvrđenih odgovora	Postotak potvrđenih odgovora
<i>Osjećao/la se tužan/na ili bezvoljan/na svakog dana za redom tijekom dva tjedna ili više tako da si prekidao/la svoje uobičajene aktivnosti?</i>	455	27,7%
<i>Ozbiljno razmatrao/la mogućnost da počiniš samoubojstvo?</i>	236	14,4%
<i>Izradio/la plan o tome kako ćeš počinuti samoubojstvo?</i>	121	7,4%
<i>Imao/la pokušaj samoubojstva?</i>	71	4,3%

Spomenuta 4 simptoma suicidalnog rizika su se koristila kako bi se napravila jedinstvena skala razine suicidalnog rizika, s teoretskim rasponom vrijednosti od 0 do 4, ovisno o broju simptoma koje je osoba označila da se na nju odnose. Vrijednost 0 stoga označava najmanju razinu suicidalnog rizika, dok vrijednost 4 označava najvišu razinu suicidalnog rizika. U *Tablici 2.* su navedene frekvencije i pripadajući postoci sudionika po određenoj razini suicidalnog rizika. Može se primijetiti kako najveći broj sudionika istraživanja pripada kategoriji s najmanjom razinom suicidalnog rizika, njih 1089 (66,4%). S druge strane, kod 341 se sudionika (20,8%) pojavljuje jedan od simptoma suicidalnog rizika, kod 120 (7,3%) se pojavljuju 2 simptoma, a kod 56 (3,4%) sudionika 3 simptoma suicidalnog rizika. U najrizičnijoj skupini nalazi se 33 sudionika (2%), kod kojih se pojavljuju sva 4 simptoma suicidalnog rizika.

Tablica 2. Prikaz distribucije frekvencija i postotaka odgovora na skali Razina suicidalnog rizika

Razina suicidalnog rizika	Broj sudionika unutar razina suicidalnog rizika	Postotak sudionika unutar razina suicidalnog rizika
0	1089	66,4%
1	341	20,8%
2	120	7,3%
3	56	3,4%
4	33	2%

5.3.2. OBITELJSKA KOMUNIKACIJA

Prvi istraživački problem se također odnosi na percepciju kvalitete obiteljske komunikacije. Stoga su u *Tablici 3.* navedene frekvencije različitih odgovora na česticama skale obiteljske komunikacije. Vidljivo je kako su adolescenti na većinu tvrdnji najčešće odgovarali s „Uglavnom se slažem“ ili „U potpunosti se slažem“, čime možemo naslutiti kako je razina obiteljske komunikacije na ovom uzorku adolescenata u većoj mjeri zadovoljavajuća. Sudionici su se najviše slagali sa sljedećim tvrdnjama: „Članovi naše obitelji nastoje razumjeti osjećaje drugih članova“, „Članovi naše obitelji spremni su poslušati što drugi imaju za reći“ i „Kada netko od članova naše obitelji postavi pitanje o drugom članu obitelji, dobije iskren odgovor“. S druge strane, s nekim su se tvrdnjama adolescenti slagali u nešto manjoj mjeri, kao što je tvrdnja „U našoj obitelji se niti u ljutnji ne govore loše stvari o drugim članovima“ za koju je 208 (12,7%) sudionika označilo da se s tom tvrdnjom uopće ne slažu, a njih 257 (15,7%) da se uglavnom ne slažu. Također 26,3% se s navedenom tvrdnjom niti slaže niti ne slaže.

Tablica 3. Prikaz distribucije frekvencija odgovora na skali Obiteljske komunikacije

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
<i>Članovi naše obitelji zadovoljni su kako komuniciraju jedni s drugima.</i>	49 3%	125 7,6%	320 19,5%	664 40,5%	483 29,4%
<i>Članovi naše obitelji spremni su poslušati što drugi imaju za reći.</i>	34 2%	90 5,5%	233 14,2%	617 37,6%	667 40,7%
<i>Članovi naše obitelji pokazuju svoju naklonost jedni drugima.</i>	42 2,6%	79 4,8%	279 17,1%	662 40,6%	570 34,9%
<i>Članovi naše obitelji mogu jedni od drugih tražiti ono što žele.</i>	30 1,8%	63 3,9%	267 16,3%	643 39,3%	633 38,7%
<i>Članovi naše obitelji mogu jedni s drugima mirno raspravljati o problemima.</i>	61 3,7%	155 9,5%	318 19,4%	527 32,2%	578 35,3%
<i>Članovi naše obitelji međusobno raspravljaju o svojim idejama i uvjerenjima.</i>	53 3,2%	106 6,5%	290 17,7%	603 36,8%	587 35,8%
<i>Kada netko od članova naše obitelji postavi pitanje o drugom članu obitelji, dobije iskren odgovor.</i>	35 2,1%	89 5,4%	253 15,4%	596 15,8%	666 40,6%
<i>Članovi naše obitelji nastoje razumjeti osjećaje drugih članova.</i>	42 2,6%	82 5%	247 15,1%	572 34,9%	695 48,2%
<i>U našoj obitelji se niti u ljutnji ne govore loše stvari o drugim članovima.</i>	208 12,7%	257 15,8%	432 26,3%	399 24,3%	344 21%
<i>Članovi naše obitelji iskreno pokazuju osjećaje jedni drugima.</i>	66 4%	119 7,3%	280 17,1%	565 34,4%	610 37,2%

Deskriptivni pokazatelji za skalu Obiteljske komunikacije su prikazani u *Tablici 4*. Rezultati na ovoj skali se nalaze u rasponu vrijednosti od 10 (min) do 50 (max), gdje veće vrijednosti označavaju veću percepciju kvalitete obiteljske komunikacije. Aritmetička sredina rezultata na uzorku adolescenata iz Varaždinske županije iznosi $M=39,25$, a medijan iznosi $C=40$. Ovi rezultati upućuju na zaključak da su se adolescenti u prosjeku uglavnom slagali s tvrdnjama na skali Obiteljske komunikacije, što može označavati generalno zadovoljstvo obiteljskom komunikacijom u njihovom kućanstvu.

Tablica 4. Deskriptivni rezultati sudionika na skali Obiteljske komunikacije

	<i>M</i>	<i>C</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>max</i>
Ukupni rezultat na skali Obiteljske komunikacije	39,25	40	8,43	10	50

Za jasniju interpretaciju dobivenih rezultata na skali Obiteljske komunikacije, ukupni su rezultati sudionika na ovoj skali podijeljeni u 3 kategorije, tako da se u svakoj kategoriji nalazi približno jednak broj sudionika. U prvoj se kategoriji tako nalaze sudionici koji su ostvarili rezultat od 10 do 36, što čini kategoriju niske obiteljske komunikacije. Druga kategorija obuhvaća sudionike čiji je ukupan rezultat na skali od 37 do 43, što čini umjerenu obiteljsku komunikaciju. Treća kategorija, nazvana visokom obiteljskom komunikacijom, obuhvaća sudionike koji su postigli rezultat na skali Obiteljske komunikacije od 44 do 50. U *Tablici 5*. su prikazane frekvencije sudionika po svakoj od spomenutih kategorija. U nastavku će se ovako formirane kategorije skale Obiteljske komunikacije koristiti u analizi rezultata po rodu i dobi.

Tablica 5. Prikaz distribucije frekvencija i postotaka sudionika po kategorijama na skali Obiteljske komunikacije

	Broj sudionika po kategoriji obiteljske komunikacije	Postotak sudionika po kategoriji obiteljske komunikacije
Niska obiteljska komunikacija	516	31,8%
Umjerena obiteljska komunikacija	520	32,1%
Visoka obiteljska komunikacija	586	36,1%

5.3.3. RODNE I DOBNE RAZLIKE U POJAVNOSTI SIMPTOMA SUICIDALNOG RIZIKA I RAZINE SUICIDALNOG RIZIKA

Kako bi se utvrdile eventualne rodne razlike u pojavnosti simptoma suicidalnog rizika i razine suicidalnog rizika te odgovorilo na prvi dio drugog istraživačkog problema, koristio se medijan test. Rezultati medijan testa za utvrđivanje rodni razlika u pojavnosti 4 simptoma suicidalnog rizika pokazuju kako se sva 4 simptoma češće pojavljuju kod djevojaka nego kod mladića (Tablica 6.). Djevojke češće izražavaju da su se svakog dana tijekom dva tjedna osjećale tužno ili bezvoljno tako da su prekidale svoje uobičajene aktivnosti ($X^2=23,37$; $df=1$, $p=<,001$), te više izvještavaju o ozbiljnom razmatranju mogućnosti da učine samoubojstvo ($X^2=42,76$; $df=1$, $p=<,001$), o izradi plana kako će ga učiniti ($X^2=4,66$; $df=1$, $p=,031$), te o samom činu pokušaja samoubojstva ($X^2=15,84$; $df=1$, $p=<,001$). Navedenim je rezultatima potvrđena hipoteza H2.1.

Tablica 6. Rezultati medijan testa za razliku u simptomima suicidalnog rizika prema rodu

	Djevojke		Mladići		χ^2	df	p
	Da	Ne	Da	Ne			
<i>Osjećao/la se tužan/na ili bezvoljan/na svakog dana za redom tijekom dva tjedna ili više tako da si prekidao/la svoje uobičajene aktivnosti?</i>	254	506	191	654	23,37	1	<,001
<i>Ozbiljno razmatrao/la mogućnost da počiniš samoubojstvo?</i>	155	603	76	771	42,76	1	<,001
<i>Izradio/la plan o tome kako ćeš počinuti samoubojstvo?</i>	66	693	50	797	4,66	1	,031
<i>Imao/la pokušaj samoubojstva?</i>	47	712	19	828	15,84	1	<,001

Kako bi se odgovorilo na prvi dio trećeg istraživačkog problema i pitanje o dobnim razlikama u suicidalnim simptomima, u prvom se koraku koristio medijan test za utvrđivanje dobnih razlika u pojavnosti 4 simptoma suicidalnog rizika. Iz *Tablice 7.* vidljivo je kako se mlađi i stariji adolescenti u Varaždinskoj županiji međusobno ne razlikuju u pojavnosti simptoma suicidalnog rizika čime se odbacuje H3.1.

Tablica 7. Rezultati Medijan testa za razliku u simptomima suicidalnog rizika prema dobi

	Mlađi adolescenti		Stariji adolescenti		χ^2	df	p
	Da	Ne	Da	Ne			
<i>Osjećao/la se tužan/na ili bezvoljan/na svakog dana za redom tijekom dva tjedna ili više tako da si prekidao/la svoje uobičajene aktivnosti?</i>	271	665	184	521	1,63	1	,201
<i>Ozbiljno razmatrao/la mogućnost da počiniš samoubojstvo?</i>	138	798	98	608	0,23	1	,622
<i>Izradio/la plan o tome kako ćeš počinuti samoubojstvo?</i>	66	870	55	652	0,31	1	,576
<i>Imao/la pokušaj samoubojstva?</i>	44	892	27	680	0,76	1	,395

5.3.4. RODNE I DOBNE RAZLIKE U KVALITETI OBITELJSKE KOMUNIKACIJE

Kako bi se odgovorilo na drugi dio drugog istraživačkog problema vezanog uz rodne razlike u percepciji kvalitete obiteljske komunikacije, proveden je medijan test, čiji su rezultati prikazani u *Tablici 8*. Rezultati su pokazali kako mladići u Varaždinskoj županiji u prosjeku iskazuju pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije u svojoj obitelji od djevojaka te dobi ($\chi^2=26,53$; $df=2$, $p<,001$) čime je potvrđena hipoteza H2.2.

Tablica 8. Rezultati medijan testa za razliku u razini obiteljske komunikacije prema rodu

		Djevojke	Mladići	X^2	df	p
Razina obiteljske komunikacije	Niska	286	218	26,53	2	<,001
	Umjerena	230	277			
	Visoka	504	337			

Drugi dio trećeg istraživačkog problema vezanog za razlike u obiteljskog komunikaciji se odnosio na dobne razlike. U tu svrhu je proveden medijan test kojim su se ispitivale razlike u percipiranoj kvaliteti obiteljske komunikacije između mlađih i starijih adolescenata u Varaždinskoj županiji što je prikazano u *Tablici 9*. U skladu s očekivanjima rezultati pokazuju kako mlađi adolescenti pozitivnije procjenjuju obiteljsku komunikaciju u vlastitoj obitelji od starijih adolescenata ($X^2=9,64$; $df=2$, $p=,008$) te je potvrđena hipoteza H 3.2.

Tablica 9. Rezultati medijan testa za razliku u razini obiteljske komunikacije prema dobi

		Mladi adolescenti	Stariji adolescenti	X^2	df	p
Razina obiteljske komunikacije	Niska	272	244	9,64	2	,008
	Umjerena	290	230			
	Visoka	362	224			

5.3.5. POVEZANOST RAZINE SUICIDALNOG RIZIKA I KVALITETE OBITELJSKE KOMUNIKACIJE

Posljednji istraživački problem se odnosio na postojanje povezanosti između percepcije kvalitete obiteljske komunikacije i postojanosti određenih suicidalnih simptoma. Kako bi se odgovorilo na ovaj problem, proveden je medijan test razlika u doživljavanju određenih suicidalnih simptoma ovisno o razini obiteljske komunikacije. Rezultati ovog testa prikazani u *Tablici 10*. su pokazali kako postoji razlika u pojavnosti različitih suicidalnih simptoma ovisno o percepciji kvalitete obiteljske komunikacije. Konkretno, pokazalo se kako su sva 4 simptoma suicidalnosti najčešća kod adolescenata koji procjenjuju kvalitetu obiteljske komunikacije kao

nisku, dok najmanje suicidalnih simptoma pokazuju adolescenti koji dolaze iz obitelji čiju komunikaciju procjenjuju kao visoku.

Tablica 10. Rezultati medijan testa za razliku u doživljavanju određenih suicidalnih simptoma ovisno o razini obiteljske komunikacije

		Tuga i/ili bezvoljnost		Razmatranje mogućnosti za počinjenje samoubojstva		Plan samoubojstva		Pokušaj samoubojstva	
		Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne
Razina obiteljske komunikacije	Niska	229	285	146	369	80	436	48	468
	Umjerena	123	396	46	473	20	499	14	505
	Visoka	96	488	39	544	19	564	8	575
X^2		114,42		123,123		73,99		46,49	
df		2		2		2		2	
p		<,001		<,001		<,001		<,001	

Nadalje, kako bi se provjerilo postoji li povezanost između kvalitete obiteljske komunikacije i razine suicidalnosti čak i onda kada se promatraju samo adolescenti koji pokazuju barem 1 simptom suicidalnosti, a s obzirom na odstupanje krivulja zadanih varijabli od normalne ($D_1=0,76$, $p=<,001$; $D_2=963$, $p=<,001$), proveden je Spearmanov test korelacija. Prije provedbe testa su iz analize isključeni oni adolescenti koji ne pokazuju ni jedan simptom suicidalnosti, odnosno oni čija je razina suicidalnosti jednaka 0. Rezultati Spearmanovog testa korelacija su pokazali kako postoji značajna niska negativna povezanost između kvalitete obiteljske komunikacije i razine suicidalnosti ($r=-,215^*$), što upućuje na zaključak da na uzorku adolescenata koji su u određenom riziku od počinjena samoubojstva, oni koji percipiraju bolju kvalitetu obiteljske komunikacije pokazuju manje suicidalnih simptoma od adolescenata koji obiteljsku komunikaciju percipiraju kao manje kvalitetnu čime je potvrđena hipoteza 4.3.

6. RASPRAVA

Glavni cilj ovog diplomskog rada bio je utvrditi doprinos obiteljskih čimbenika, odnosno obiteljske komunikacije, suicidalnim simptomima adolescenata. Specifični ciljevi odnosili su se na utvrđivanje tih razlika s obzirom na dob i spol. Rezultati istraživanja osvijetlit će put razumijevanju problema suicidalnosti adolescenata i važnosti obiteljske komunikacije i odnosa koje je potrebno njegovati kako bi se osigurao pozitivan i harmoničan razvoj adolescenata. Spoznaje proizašle iz ovog rada dobivaju na dodatnoj važnosti zbog nedostatka istraživanja navedenih fenomena na našim prostorima. Iako je inozemna literatura nešto bogatija, ona također rijetko dovodi u vezu konstrukte koji su u fokusu ovog diplomskog rada, ali može indirektno poslužiti objašnjenju dobivenih rezultata.

Prvi istraživački problem bio je ispitati razinu suicidalnih simptoma adolescenata te percepciju obiteljske komunikacije. Kako je ovo eksplorativno pitanje, nije se postavljala hipoteza, već se odgovor na problem dobio istraživanjem.

Suicidalni rizik adolescenata je u ovom istraživanju ispitan pomoću istoimene skale korištene u CTC Upitniku za djecu i mlade u sklopu projekta Zajednice koje brinu (*Communities That Care-CTC Youth Survey*). Od čitavog uzorka adolescenata, njih 455 (27,7%) navodi kako su se osjećali tužnima ili bezvoljnima svakog dana za redom tijekom dva tjedna ili više, tako da su prekidali svoje uobičajene aktivnosti. Nadalje, njih 236 (14,4%) je ozbiljno razmatralo mogućnost da izvrše samoubojstvo, dok je 121 sudionik (7,4%) izradio plan kako bi učinio samoubojstvo. Pokušaj samoubojstva navodi 71 sudionik istraživanja (4,3%). Rezultati ovog diplomskog rada također pokazuju kako se 33,6% adolescenata nalazi u jednoj od kategorija suicidalnog rizika.

Za ispitivanje komunikacije unutar obitelji korištena je Skala obiteljske komunikacije (*Family Communication Scale-FCS*, Olson, Gorall i Tiesel, 2004). Vidljivo je kako su adolescenti na većinu tvrdnji najčešće odgovarali s „Uglavnom se slažem“ ili „U potpunosti se slažem“, čime možemo naslutiti kako je razina obiteljske komunikacije na ovom uzorku adolescenata u većoj mjeri zadovoljavajuća. Sudionici su se najviše slagali sa sljedećim tvrdnjama: „Članovi naše obitelji nastoje razumjeti osjećaje drugih članova“, „Članovi naše obitelji spremni su poslušati što drugi imaju za reći“ i „Kada netko od članova naše obitelji postavi pitanje o drugom članu obitelji, dobije iskren odgovor“. S druge strane, s nekim su se tvrdnjama adolescenti slagali u

nešto manjoj mjeri, kao što je tvrdnja „U našoj obitelji se niti u ljutnji ne govore loše stvari o drugim članovima“ za koju je 208 (12,7%) sudionika označilo da se s tom tvrdnjom uopće ne slažu, a njih 257 (15,7%) da se uglavnom ne slažu. Također 26,3% se s navedenom tvrdnjom niti slaže niti ne slaže. Aritmetička sredina rezultata na uzorku adolescenata iz Varaždinske županije iznosi $M=39,25$, a medijan iznosi $C=40$. Ovi rezultati upućuju na zaključak da su se adolescenti u prosjeku uglavnom slagali s tvrdnjama na skali Obiteljske komunikacije, što može označavati generalno zadovoljstvo obiteljskom komunikacijom u njihovom kućanstvu.

Drugi istraživački problem odnosio se na ispitivanje rodni razlika u suicidalnim simptomima te percepciji kvalitete obiteljske komunikacije. U skladu s tim hipoteza H 2.1. glasi: „Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini suicidalnih simptoma djevojaka i mladića na način da će djevojke iskazivati više suicidalnih simptoma u odnosu na mladiće“.

Rezultati medijan testa potvrđuju hipotezu H 2.1. o postojanosti rodni razlika u iskazivanju suicidalnih simptoma, na način da djevojke češće iskazuju sve suicidalne simptome te su u većem suicidalnom riziku od mladića ove dobi. Prema navedenom djevojke češće izražavaju da su se svakog dana tijekom dva tjedna osjećale tužno ili bezvoljno tako da su prekidale svoje uobičajene aktivnosti ($\check{Z}=33,4\%$ vs. $M=22,6\%$), više izvještavaju o ozbiljnom razmatranju mogućnosti da učine samoubojstvo ($\check{Z}=20,5\%$ vs. $M=8,10\%$), o izradi plana kako će ga učiniti ($\check{Z}=8,7\%$ vs. $M=5,9\%$) te o samom činu pokušaja samoubojstva ($\check{Z}=6,20\%$ vs. $M=2,3\%$).

Dobivene podatke potvrđuje i istraživanje provedeno na 352 srednjoškolca prema kojem djevojke (9,9%) češće izvještavaju o razrađenom planu samoubojstva u odnosu na mladiće (3,2%) i također češće pokušaju samoubojstvo (8,6% vs. 3,5%) (Martin, Rotaries, Pearce i Allison, 1995) u usporedbi s čime hrvatski srednjoškolci postižu niže rezultate. Istraživanje provedeno na švedskim adolescentima u dobi od 13 do 18 godina potvrđuje gore navedene podatke; djevojke češće iskazuju depresivne simptome i suicidalne ideacije (Larsson, Melin, Breitholtz i Andersson, 1991). Petersen, Sarigiani i Kennedy (1991) navedenu razliku objašnjavaju događajima biološkog, psihološkog i društvenog značaja koji su uobičajeni u adolescenciji, a koji su povezani s depresivnim raspoloženjem djevojčica, dok je početak puberteta popraćen drugim stresorom, poput promjena u školi, povezan s višom razinom depresivne simptomatologije u oba spola. Rezultati istraživanja provedenog na studentima u Kuvajtu pokazuju kako djevojke postižu više rezultate na Beckovoj skali suicidalnih ideacija (BSS; $\check{Z}=7.0$ vs. $M=5.2$) i Upitniku suicidalnih ideacija (SIQ; $\check{Z}=13.7$ vs. $M=11.3$) (Alsalman, 2020). Također, postoje značajne spolne razlike u pokušajima samoubojstva među adolescentima, gdje djevojke u većini zemalja prijavljuju najmanje 2 do 4 puta više suicidalnih

namjera i pokušaja od mladića (Canetto, 2008). Slične rezultate pokazuje i desetogodišnji retrospektivni pregled 501 autopsije djece i adolescenata u dobi od 10 do 19 godina prema kojemu djevojke u većoj mjeri zadovoljavaju kriterije za suicid (2.4:1) u odnosu na mladiće (Shaw, Fernandes i Rao, 2005). U skladu s tim, Rudan (2009) navodi kako je omjer pojave depresivnih simptoma u adolescenciji 2:1 za djevojke te da on raste s dobi. Jednako tako na reprezentativnom uzorku norveških učenika (N = 9679; u dobi od 12-20 godina) više djevojaka (10,4%) nego mladića (6,0%) prijavilo je prethodni pokušaj, a također više djevojaka (3,3%) nego mladića (1,9%) prijavilo je pokušaj tijekom razdoblja ispitivanja koje je trajalo od 1992. do 1994. godine (Wichstrøm i Rossow, 2002). Navedene razlike u suicidalnosti autori su objasnili teorijom rizičnih čimbenika koji su kod djevojaka češće prisutni. Canetto i Sakinofsky (1998) pri razumijevanju veće stope suicidalnih simptoma i pokušaja kod djevojaka spominju rodnu socijalizaciju koja dovodi do ranije spomenutog „rodnog paradoksa“ u suicidalnost prema kojem žene češće pokušaju, a muškarci češće izvrše suicid. Akers i Jennings (2009) su na slučaju samoubojstva primijenili teoriju socijalne devijacije i naveli da što je pojedinac izloženiji suicidalnim ponašanjima, kao što su suicidalni planovi, pokušaji ili dovršenja, prihvatljivije i izvedivije takvo ponašanje može postati. Navedeni fenomen Crepeau-Hobson i Leech (2014) nazivaju „društvenom zarazom suicidalnog ponašanja“ čiji je učinak osobito izražen kod adolescenata jer se njihova slika o sebi još uvijek formira i to pod snažnim utjecajem drugih (Crosnoe i Johnson, 2011). Isti autori navode kako su često istospolna prijateljstva djevojaka okarakterizirana većom intimnošću i većim otkrivanjem nego kod mladića, stoga su djevojke više izložene djelovanju društvene zaraze u odnosima, ali i na društvenim mrežama.

Uz navedeno istraživačko pitanje postavljena je i hipoteza H 2.2. koja glasi: „*Pretpostavlja se da će postojati razlike u percepciji obiteljske komunikacije djevojaka i mladića na način da će mladići iskazivati pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije u odnosu na djevojke*“.

Rezultati medijan testa su pokazali kako mladići u Varaždinskoj županiji u prosjeku iskazuju pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije u svojoj obitelji od djevojaka iste dobi ($X^2=26,56$; $df=2$, $p<,001$), čime je potvrđena hipoteza H 2.2.

Suprotno dobivenim rezultatima, istraživanje koje su proveli De Goede, Branje i Meeus (2009) pokazuje kako djevojke izvještavaju o kvalitetnijoj i otvorenijoj obiteljskoj komunikaciji i većoj podršci od strane roditelja nego što to čine mladići. Mnogi autori pokušali su izdvojiti razlike u komunikaciji među spolovima. Tako Buzzanell, Sterk i Turner (2003). navode kako žene pokazuju veću emocionalnu izražajnost i generiraju više negativnih utjecaja i ponašanja, dok se

muškarci oslanjaju na činjenična objašnjenja ili izgovore. Isti autori također ističu kako žene češće od muškaraca, koji su skloniji izbjegavanju i povlačenju, teže promjeni i suočavanju kroz aktivnije strategije upravljanja sukobima u komunikaciji što može utjecati na njihovu percepciju kvalitete komunikacije čineći je nižom. Vuchinich (1987; prema Buzzanell, Sterk i Turner, 2003) je otkrio da su kćeri bile najaktivniji članovi obitelji u započinjanju sukoba što se može negativno odraziti na njihovu percepciju kvalitete obiteljske komunikacije.

Lo Cascio, Guzzo, Pace i Pace (2013) istraživali su posredni učinak anksioznost i samopoštovanja na obiteljsku komunikaciju i neodlučnost u adolescenciji. Rezultati su pokazali kako su djevojke znatno neodlučnije, tjeskobnije, depresivnije, imaju niže samopoštovanje i negativniju percepciju obiteljske komunikacije u odnosu na dječake što mogu biti posljedice posebnog pristupa djevojčica prema razvojnim zadacima adolescencije, a razina neodlučnosti mogla bi se povezati s osjetljivošću na promjene u pogledu samopoimanja. Vezano za prediktivnu ulogu samopoštovanja i anksioznosti, rezultati su pokazali da je svaki od prediktora u ovoj studiji značajno predvidio obrasce obiteljske komunikacije s obzirom na spol. Putem obiteljske komunikacije adolescenti uče načine interakcije s drugima; nauče kako ih slušati, prepoznati njihove želje i potrebe te pregovarati kada dođe do sukoba (Rassin i Muris, 2005). Učinkovita obiteljska komunikacija omogućuje adolescentima da s roditeljima razgovaraju o mogućnostima odlučivanja, da postupaju prema danom savjetu i da lakše donose odluke. Međutim, kada je obiteljska komunikacija loša, manje je vjerojatno da će adolescenti s roditeljima razgovarati o mogućnostima i prihvatiti ponuđene savjete što dovodi do poteškoća u donošenju odluka posebno kod djevojaka. Ovo je istraživanje pokazalo da će adolescenti s učinkovitijom obiteljskom komunikacijom imati više samopoštovanja i doživjeti manje tjeskobe i karakteristika povezanih s neodlučnošću (Lo Cascio, Guzzo, Pace i Pace, 2013).

Pregledom literature moguće je primijetiti kako je koncept obiteljske komunikacije češće istraživana kod djevojaka nego kod mladića. Tako literatura kod djevojaka u vezu dovodi obiteljsku komunikaciju i nisko samopoštovanje, perfekcionizam, sliku o sebi i tijelu, poremećaje hranjenja, dok manji dio istraživanja kod mladića lošu obiteljsku komunikaciju povezuje s nasiljem, zlouporabom droga i rizičnim seksualnim ponašanjem. Internetska studija provedena na 253 djevojke u dobi od 6 do 16 godina pokazuje kako obrasci obiteljske komunikacije posreduju između suosjećanja i zauzimanja tuđe perspektive pri stvaranju mišljenja o opravdanosti međuljudskog nasilja na način da će djevojke koje odlaze iz obitelji gdje je komunikacija dvosmjerna i otvorena rjeđe opravdavati nasilje (Vieira, 2015). Zarei, Fallahchai i Sarrigani (N=345) pronalaze kako je kvalitetnija obiteljska komunikacija koju

karakterizira usmjerenost na razgovor, konformizam, iskazivanje osjećaja i pružanje podrške povezana s većom otpornošću kod djevojčica. Isti autori naglašavaju i kako su razgovor i konformizam unutar obitelji prediktori kvalitete života koji su omogućeni u obitelji putem stvaranja uvjeta za poticanje članova na slobodno i jednostavno sudjelovanje u raspravi i interakciji širokog spektra pitanja.

Treći istraživački problem u fokus stavlja dobne razlike u suicidalnim simptomima i percepciji kvalitete obiteljske komunikacije. Unutar toga formirana je hipoteza H 3.1. koja glasi: „*Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini suicidalnih simptoma mlađih i starijih sudionika na način da će stariji sudionici iskazivati više suicidalnih simptoma nego mlađi sudionici*“.

Suprotno očekivanjima, rezultati medijan testa pokazuju kako se mlađi (14, 15 i 16 godina) i stariji adolescenti (17, 18 i 19 godina) u Varaždinskoj županiji međusobno ne razlikuju u pojavnosti simptoma suicidalnog rizika. Ovim se rezultatima odbacuje hipoteza 3.1. o postojanju dobni razlika u učestalosti suicidalnih simptoma među adolescentima u Varaždinskoj županiji, kao i pretpostavka kako stariji sudionici iskazuju više suicidalnih simptoma.

Do početka 1970. godine postojanje depresivnih simptoma u djece i adolescenata bili su osporavani i rijetko su se istraživali (Compas, Connor i Hinden, 1998), a s promjenom paradigme mijenja se i istraživački fokus. Istraživanje provedeno na švedskim adolescentima u dobi od 13 do 18 godina također osporava navedenu hipotezu te navodi kako ne postoje značajne razlike s obzirom na dob i iskazivanje depresivnih simptoma, kao ni pokušaja suicida, no kako je taj rizik nešto veći kod učenika u dobi od 15 i 16 godina. (Larsson, Melin, Breitholtz i Andersson, 1991). Slično pokazuju i rezultati ranije spomenute analize desetogodišnjeg retrospektivnog pregleda autopsija prema kojima 87% onih koji zadovoljavaju kriterije za suicid spadaju u dobnu skupinu od 15 do 19 godina (Shaw, Fernandes i Rao, 2005) kojoj pripadaju i sudionici ovog diplomskog rada. Dobiveni rezultati razlikuju se i od onih koje su istraživanjem dobili Behmani i Upmanyu (2015) prema kojima postoji statistički značajna razlika po dobi na način da su mlađi sudionici izvještavali o većoj pojavnosti depresivnih simptoma u odnosu na starije sudionike.

Adolescencija je dobno razdoblje s brzim i temeljnim promjenama u biološkoj, kognitivnoj, društvenoj i emocionalnoj domeni (Lerner i Steinberg, 2009). Tijekom ove razvojne faze mnoga područja života svakodnevno su praćena intenzivnim kompleksnijim emocijama, nestabilnim

vršnjačkim ili romantičnim vezama te smanjenjem kontrole i nadzora od strane roditelja (Silk, Steinberg i Morris, 2003). Međutim, postoje i varijacije unutar adolescentnog razdoblja. Tako ranu adolescenciju karakterizira niža stopa sukoba s roditeljima (Laursen, Coy i Collins, 1998) i rjeđe negativne emocije u odnosu na kasnu adolescenciju (Larson, Moneta, Richards i Wilson, 2002). U svezi s tim, Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts i Dornbusch (1993) ukazuju na to da je depresivno raspoloženje češće u kasnijoj adolescenciji nego u djetinjstvu ili odrasloj dobi, dok je Dahl (2004) to pripisao određenim hormonalnim promjenama koje dovode do povećanja depresivnog raspoloženja. Emocionalna stabilnost je tijekom ranije adolescencije niža u odnosu na kasnija razdoblja kada ona raste. Navedeno može biti uzrokovano biološkim promjenama s povećanom ovisnošću o nagradama i intenzivnim hormonskim utjecajima što posljedično može dovesti do učestalijih promjena raspoloženja i narušenih odnosa s drugima (Somerville, Jones i Casey, 2010). Isti autori također ističu kako regulacija emocija uključuje sve procese koji su uključeni u promjenu trenutnih ili očekivanih emocionalnih stanja u vezi s njihovim intenzitetom, kvalitetom, trajanjem, brzinom izazivanja i prilagodbe. Tako tijekom adolescencije i nastajanja regulacije različitih emocija dolazi i do povećavanja u prepoznavanju i razumijevanju vlastitih i tuđih osjećaja, povećavanju razumijevanja moguće selektivnosti vlastitih percepcija i procjena te povećani uvid u vlastite emocije i srodna ponašanja koja su dio emocionalnog procesa. Međutim, postoji i druga strana ovog pozitivnog razvoja adolescenata, pri čemu ukoliko dođe do otkrivanja novih percepcija i emocija kod sebe i drugih, ali izostane primjeren razvoj emocionalne regulacije, može doći do pojave depresivnih i suicidalnih simptoma (Thompson, 2011).

U odnosu na obiteljsku komunikaciju postavljena je i hipoteza H 3.2. koja glasi: „*Pretpostavlja se da će postojati razlike u percepciji obiteljske komunikacije mlađih i starijih sudionika na način da će mlađi sudionici iskazivati pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije u odnosu na starije ispitanike*“. U skladu s očekivanjima, rezultati pokazuju kako mlađi adolescenti pozitivnije procjenjuju obiteljsku komunikaciju u vlastitoj obitelji od starijih adolescenata ($X^2=9,73$; $df=2$, $p=,008$), čime je potvrđena hipoteza H 3.2.

Navedene rezultate potvrđuju i slični rezultati ranije spomenutog četverogodišnjeg longitudinalnog istraživanja koje su proveli De Goede, Branje i Meeus (2009) na mlađim (od 12 do 15 godina, $N=951$) i starijim (od 16 do 19 godina, $N=390$) adolescentima koji pokazuju kako su mlađi adolescenti u većoj mjeri prijavili veću percepciju roditeljske podrške od adolescenata srednje dobi. No, suprotno tome, rezultati pokazuju i kako se podrška s porastom dobi znatno povećala za djevojčice, a stabilizirala za dječake. Dobivena razvojna razlika između

dječaka i djevojčica značajna je za očevu potporu, ali ne i za majčinsku. Isti autori naglašavaju i kako stariji adolescenti koji percipiraju više razine sukoba s roditeljima također percipiraju više razine roditeljske moći i niže razine podrške roditelja što nije slučaj s mlađim adolescentima. Komunikacija je ključni element i međuovisnosti između članova obitelji. Poremećaji uspostavljenih obrazaca interakcije neizbježno znači da će se komunikacija roditelj-adolescent razlikovati po učestalosti, sadržaju i tonu u odnosu na ranija dobna razdoblja (Collins, 1995), a takve promjene su posebice izražene u kasnijoj adolescenciji kada veća zrelost adolescenata dovodi do manje ovisnosti o učestaloj interakciji s roditeljima (Steinberg i Silk, 2002). Evolucijski pogledi na razvoj adolescenata također naglašavaju ulogu puberteta u transformaciji odnosa i komunikacije unutar obitelji (Hill, 1988; Steinberg, 1989, prema Laursen i Collins, 2003) opravdavajući tako nižu percepciju kvalitete obiteljske komunikacije kod starijih adolescenata. Podrijetlo ovog procesa, međutim, ne leži u pubertetskim impulsima, već evolucijskim pritiscima na dijete da se odmakne od obitelji. Ovaj model sugerira da kognitivni napredak potiče težnju ka autonomiji i individualizaciji, koji pojačavaju sukob i umanjuju bliskost s roditeljima (Laursen i Collins, 2003).

Četvrto, i posljednje, istraživačko pitanje odnosilo se na utvrđivanje razine povezanosti percepcije obiteljske komunikacije sa suicidalnim simptomima adolescenata gdje je postavljena hipoteza H 4.1. koja glasi: *„Pretpostavlja se da će postojati povezanost između percepcije obiteljske komunikacije sa suicidalnim simptomima adolescenata te da će ta povezanost biti negativna na način da će pozitivnija percepcija obiteljske komunikacije biti povezana s nižom razinom suicidalnih simptoma, odnosno da će negativnija percepcija obiteljske komunikacije biti povezana s višom razinom suicidalnih simptoma“*.

Rezultati medijan testa su pokazali kako postoji razlika u pojavnosti različitih suicidalnih simptoma ovisno o percepciji kvalitete koju pojedinac ima prema obiteljskoj komunikaciji. Konkretno, pokazalo se kako su sva 4 simptoma suicidalnosti najčešći kod adolescenata koji procjenjuju kvalitetu obiteljske komunikacije kao nisku, dok najmanje suicidalnih simptoma pokazuju adolescenti koji dolaze iz obitelji čiju komunikaciju procjenjuju kao visoku. Rezultati Spearmanovog testa korelacija su pokazali kako uistinu postoji značajna niska negativna povezanost između kvalitete obiteljske komunikacije i razine suicidalnosti ($r=-,220^*$), što upućuje na zaključak da na uzorku adolescenata koji su u određenom riziku od počinjena samoubojstva, oni koji percipiraju bolju kvalitetu obiteljske komunikacije pokazuju manje suicidalnih simptoma od adolescenata koji obiteljsku komunikaciju percipiraju kao manje kvalitetnu čime se potvrđuje hipoteza H 4.1.

Pregledom literature uočeno je kako postoji nedostatak radova i istraživanja o odnosu obiteljske komunikacije i suicidalnih simptoma adolescenata čime rezultati ovog rada dobivaju na dodatnoj važnosti. Rezultati se mogu dovesti u vezu s rezultatima istraživanja Martina, Rotariesa, Pearcea i Allisona (1995) koji su na uzorku srednjoškolaca (N=352, prosječna dob 15.2 godina) utvrdili kako su viši rezultati na upitniku obiteljske disfunkcije (koji uključuje i skalu Obiteljske komunikacije (FAD-Comm)) snažnije povezani s razmišljanjem, planiranjem i pokušajima suicida, samoozljeđivanjem i ozbiljnom depresijom.

Slično tome, Miller, King, Shain i Naylor(1992) su pronašli kako suicidalni adolescenti mnogo češće od psihijatrijskih navode kako njihove obitelji karakteriziraju zatvorena komunikacija, pretjerana ili nikakva obiteljska pravila i distanca nasuprot koheziji. No u svezi s tim, Harris i Molock (2000) navode kako neovisno o koheziji u obiteljskom okruženju oni adolescenti koji svoju obitelj doživljavaju kao podržavajuću iskazuju manje depresivnih simptoma, suicidalnih misli, namjera i pokušaja. Isti autori navode kako ove dvije dimenzije različito štite adolescente od depresije, pri čemu je obiteljska kohezija više vezana uz stupanj emocionalne povezanosti i predanosti između članova obitelji, dok se obiteljska podrška više veže uz oblik pozitivnog ohrabrenja, opipljivog savjeta i komunikacije. Lee, Wong, Chow i McBride-Chang (2006) su među 371 hongokonških adolescenata u dobi od 14 do 20 godina pronašli tri različita aspekta percepcije obiteljskog odnosa povezanih s depresijom i idejom o samoubojstvu pri čemu je niska razina obiteljske kohezije i podrške, kao i visoka razina sukoba roditelja i adolescenata bila pozitivno povezana s depresijom i idejama samoubojstva kod oba spola. U ovoj studiji depresija je posredovala između akademskih i obiteljskih varijabli i ideja o samoubojstvu. Rezultati također pokazuju kako život u obiteljskom okruženju s visokom razinom kohezije i podrške smanjuje adolescentnu beznadnost, dok konflikti i nedostatak potpore povećavaju rizik za depresiju i suicidalne ideje i namjere.

7. ZAKLJUČAK

Pojavnost suicidalnih simptoma adolescenata podire u sve sfere njihovog identiteta, djelovanja i odnosa s drugima stvarajući neravnotežu i prepreke. Navedena neravnoteža i prepreke mogu biti razlog ili posljedica njihovih suicidalnih simptoma i kao takve ih često nalazimo u obiteljskom okruženju, osobito u komunikaciji među članovima obitelji. Briga oko problema suicidalnost cjelokupne populacije, a posebice adolescenata, raste s obzirom na njihovu pojavnost i ozbiljnost. Važno je primijeti kako se isti porast ne događa i s istraživanjima na tom području. Upravo s obzirom na nedostatak istraživanja suicidalnih simptoma i ponašanja adolescenata u Hrvatskoj te nedovoljno istraženo područje obiteljskih odnosa cilj je ovog diplomskog rada bio istražiti doprinos obiteljske komunikacije simptomima suicidalnosti adolescenata koristeći se podacima prikupljenima na uzorku varaždinskih srednjoškolaca. Uz to ispitane su dobne i spolne razlike u iskazanim suicidalnim simptomima te percepciji kvalitete obiteljske komunikacije.

Rezultati ukazuju na značajan utjecaj doprinosa percepcije obiteljske komunikacije suicidalnim simptomima adolescenata pri čemu su sva 4 simptoma suicidalnosti najčešća kod adolescenata koji procjenjuju kvalitetu obiteljske komunikacije kao nisku, dok najmanje suicidalnih simptoma pokazuju adolescenti koji dolaze iz obitelji čiju komunikaciju procjenjuju kao visoku. Nadalje, ispitane su i razlike s obzirom na dob i spol. Djevojke češće od mladića izražavaju da su se svakog dana tijekom dva tjedna osjećale tužno ili bezvoljno tako da su prekidale svoje uobičajene aktivnosti ($\check{Z}=33,4\%$ vs. $M=22,6\%$), te više izvještavaju o ozbiljnom razmatranju mogućnosti da učine samoubojstvo ($\check{Z}=20,5\%$ vs. $M=8,10\%$), o izradi plana kako će ga učiniti ($\check{Z}=8,7\%$ vs. $M=5,9\%$), te o samom činu pokušaja samoubojstva ($\check{Z}=6,20\%$ vs. $M=2,3\%$) što je izrazito zabrinjavajuće. Rezultati također pokazuju kako mladići u Varaždinskoj županiji u prosjeku iskazuju pozitivniju percepciju obiteljske komunikacije od djevojaka iste dobi. Navedene spoznaje dovode u vezu utjecaj percepcije obiteljske komunikacije i pojavnost suicidalnih simptoma pri čemu općenito djevojke, kod kojih je utvrđena viša razina suicidalnih simptoma, izvještavaju o nižoj percepciji obiteljske komunikacije. S obzirom na dob ispitanika, utvrđeno je kako mlađi adolescenti obiteljsku komunikaciju procjenjuju pozitivnijom u odnosu na starije. Rezultati ovog istraživanja su pokazali i da ne postoje statistički značajne razlike u zastupljenosti suicidalnih simptoma među mlađim i starijim adolescentima. Ipak, može se primijetiti kako mlađi sudionici češće

izvještavaju o ozbiljnom razmatranju mogućnosti da počinje samoubojstvo te su isto češće pokušali, dok stariji češće iznose kako su se tijekom dva tjedna svaki dan osjećali tužno i bezvoljno tako da su prekidali uobičajene aktivnosti te o izradi plana samoubojstva. Rezultati ovog diplomskog rada također pokazuju kako 33,6% adolescenata ulazi u jednu od kategorija suicidalnog rizika na što je potrebno obraditi dodatnu pažnju posebice s obzirom na spoznaju kako ozbiljnost suicidalnih misli povećava rizik od pokušaja samoubojstva, dok pokušaj povećava rizik od dovršenog samoubojstva (Nock, Borges, Bromet, Alonso, Angermeyer, Beautrais i Williams, 2008).

Razdoblje adolescencije zahtijeva kontinuirano prilagođavanje raznim razvojnim procesima pri čemu se adolescenti susreću s mnogim pritiscima i izazovima, poput formiranja identiteta, bioloških promjena, promjena u odnosima s drugima te promjena u emocijama i ponašanju. Ukoliko postoji kvalitetna obiteljska komunikacija koja stvara potporno i integrirano obiteljsko okruženje ona može utjecati na psihosocijalno i emocionalno funkcioniranje adolescenata, poput niske depresije, anksioznosti i stresa, pozitivne regulacije emocija, visokog samopoštovanja i samopouzdanja i razvijenih socijalnih vještina što posljedično može dovesti do nižih simptoma suicidalnosti ili njihovog izostanka. Uz to, adolescenti koji doživljavaju potporu članova svoje obitelji mogu imati veći osjećaj vlastite vrijednosti, a pojačano samopoštovanje može biti psihološki resurs koji potiče optimizam, pozitivan utjecaj i bolje mentalno zdravlje (Symister i Friend, 2003).

Rezultati ovog diplomskog rada pokazuju kako su sudionici na većinu tvrdnji o obiteljskoj komunikaciji najčešće odgovarali s „Uglavnom se slažem“ ili „U potpunosti se slažem“, čime možemo naslutiti kako je razina obiteljske komunikacije na uzorku varaždinskih adolescenata u većoj mjeri zadovoljavajuća što može poslužiti kao glavni oslonac u borbi s nedaćama koje nerijetko donosi razdoblje adolescencije. Ipak nije kod svih obitelji adolescenata takva situacija, no postoje načini kako poboljšati komunikaciju i kvalitetu odnosa unutar obitelji slijedeći prijedloge za izgradnju učinkovite obiteljske komunikacije. U skladu s tim Peterson i Green (2009) naglašavaju važnost frekvencije komunikacije pri čemu je važno izdvojiti vrijeme za komuniciranje o svakodnevnim događajima, a ne samo kada dođe do problema. Komunikacija bi također trebala biti otvorena, direktna i iskrena te odražavati atmosferu povjerenja i intime unutar obitelji. Roditelji su posebice odgovorni za pružanje sigurnog okruženja koje članovima obitelji omogućuje otvoreno izražavanje svojih misli i osjećaja, kao i donošenje vlastitih odluka što i u kolikoj mjeri žele podijeliti s ostatkom obitelji ili pojedinim članovima. Bitan aspekt učinkovite komunikacije je i slušanje druge osobe uz pokušavanje shvaćanja njihove

perspektive i uočavanje verbalnih i neverbalnih poruka. Primjena i usvajanje načela učinkovite obiteljske komunikacije može smanjiti vjerojatnost pojave suicidalnih simptoma kod adolescenata i poboljšati njihovo mentalno zdravlje i zadovoljstvo unutar obitelji.

Podaci dobiveni ovim diplomskim radom ukazuju na potrebu shvaćanja izrazite važnosti doprinosa obiteljskih čimbenika u razumijevanju suicidalnih simptoma adolescenata. Poseban fokus u ovom diplomskom radu stavljen je na obiteljsku komunikaciju koja je jedan od glavnih elemenata uspješnog funkcioniranja obitelji. Kao takva ona može umanjiti vjerojatnost pojave raznih teškoća uključujući i suicidalne simptome, ali i olakšati rješavanje problema te omogućiti zadovoljnije odnose unutar obitelji. S obzirom na navedene spoznaje, u praksi je potreban poseban naglasak staviti na njegovanje obiteljskih odnosa i komunikacije, posebice kod djevojaka koje prema dobivenim podacima percipiraju nižu kvalitetu obiteljske komunikacije te iskazuju više suicidalnih simptoma. Pri pojavi suicidalnih simptoma potrebno je rano prepoznavanje i pravovaljano reagiranje od strane roditelja i stručnjaka za što je potrebna ranija edukacija. Uz navedeno, ključno je provoditi istraživanja sličnih konstrukata u Hrvatskoj koja vidno nedostaju, kako bi se dobile nove spoznaje kojima se rasvjetljava problem suicida adolescenata, ali i ostalih dobnih skupina.

8. POPIS LITERATURE

Akers, R. L., Jennings, W. G. (2009). *The social learning theory of crime and deviance*. New York: Springer.

Apter, A., Wasserman, D. (2003). Adolescent attempted suicide. *Suicide in children and adolescents*, 63-86.

Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: Prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.

Behmani, R.K., Upmanyu, M. (2015). Effect of gender and age on depression among adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(3), 292-295.

Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M., Rawal, L. B., Baxter, J., Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: a population based study of 82 countries. *EClinicalMedicine*, 24, 100395.

Blasco, M. J., Vilagut, G., Almenara, J., Roca, M., Piqueras, J. A., Gabilondo, A., ... Vives, M. (2019). Suicidal thoughts and behaviors: Prevalence and association with distal and proximal factors in Spanish university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 881-898.

Boeninger, D. K., Masyn, K. E., Feldman, B. J., Conger, R. D. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 451-464.

Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F., Patton, G. (2005). Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: A comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention science*, 6(2), 73-88.

Brečić, P. (2017). Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*, 26(2), 173-183.

Buzzanell, P. M., Sterk, H., Turner, L. H. (Ur.). (2003). *Gender in applied communication contexts*. Sage Publications.

- Campisi, S. C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmari, P., Bhutta, Z. A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC public health*, 20(1), 1-11.
- Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.
- Canetto, S. S., Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Cavor, N. (2017) *Samoubojstvo*. Završni rad, Sveučilište Sjever.
- Center for Mental Health Services (US & Office of the Surgeon General). (2001). National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action.
- Christie, D., Viner, R. (2005). Adolescent development. *Bmj*, 330(7486), 301-304.
- Compas, B. E., Connor, J. K., Hinden, B. R. (1998). *New perspectives on depression during adolescence*. Cambridge University Press.
- Crepeau-Hobson, M. F., Leech, N. L. (2014). The impact of exposure to peer suicidal self-directed violence on youth suicidal behavior: a critical review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 58-77.
- Crosnoe, R., Johnson, M. K. (2011). Research on adolescence in the twenty-first century. *Annual Review of Sociology*, 37(1), 439-460
- Čupić, N. (2018) *Prevenција suicidalnosti u populaciji bolesnika starije životne dobi*. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu.
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 1-22.
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554(7693), 441-450.
- Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention. (2014). Improving national data systems for surveillance of suicide-related events. *Am J Prev Med*.47(3:2), S122-9.

- Dishion T.J., Patterson G.R. (2006) The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. *Developmental psychopathology*, 2(3), 503–541.
- Dodig-Ćurković, K. (2017). Adolescentna kriza – kako je dijagnosticirati i liječiti? *Medicus*, 26(2), 223-227.
- Fendrich, M., Warner, V., Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26(1), 40.
- Ferić, M. (2008). Rizični i zaštitni čimbenici u obiteljskom okruženju: razlike u procjeni mladih i njihovih roditelja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(1), 15-26.
- Folger, S. F., Wright, M. O. D. (2013). Altering risk following child maltreatment: Family and friend support as protective factors. *Journal of Family Violence*, 28(4), 325-337.
- Formoso, D., Gonzales N. A., i Aiken, L. S. (2000). Family Conflict and Children's Internalizing and Externalizing Behavior: Protective Factors. *American Journal of Community Psychology* 28(2), 175-199
- Garber, J., Little, S., Hilsman, R., Weaver, K. R. (1998). Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of adolescence*, 21(4), 445-457.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., Buka, S. L. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 939-946.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Reboussin, B. A., Mayfield, A., Frazier, P. H., Treadway, S. L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(2), 281.
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., Moro, M. R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PloS one*, 11(4), e0153760.
- Graziano, F., Bonino, S., Cattelino, E. (2009). Links between maternal and paternal support, depressive feelings and social and academic self-efficacy in adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 6(2), 41–257.

Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European child & adolescent psychiatry*, 11(4), 176-184.

Harris, T. L., Molock, S. D. (2000). Cultural orientation, family cohesion and family Sourcebooks. support in suicide ideation and depression among African American college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(4), 341–353

Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: The role of psychological factors. *Journal of adolescence*, 22(3), 369-378.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2017). Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj. Preuzeto 15. ožujka 2021. s internetske stranice: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/registar-izvršenih-samoubojstava-hrvatske/>.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2020). Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj. Preuzeto 15. ožujka 2021. sa internetske stranice: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2020/>.

Jackson, Y., Sifers, S. K., Warren, J. S., Velasquez, D. (2003). Family protective factors and behavioral outcome: The role of appraisal in family life events. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 11(2), 103-111.

Jamieson, K. H., Romer, D. (2005). *A call to action on adolescent mental health*. University of Pennsylvania.

Juang L.P., Silbereisen R.K. (1999) Supportive parenting and adolescent adjustment across time in former East and West Germany. *J Adolesc*, 22(6), 719– 736

Kim, K. M. (2021). What makes adolescents psychologically distressed? Life events as risk factors for depression and suicide. *European child & adolescent psychiatry*, 30(3), 359-367.

Kim, K. M. (2021). What makes adolescents psychologically distressed? Life events as risk factors for depression and suicide. *European child & adolescent psychiatry*, 30(3), 359-367.

Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 24(6), 695-703.

- Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Medicus*, 18 (2), 155-172.
- Lamborn S.D., Mounts N.S., Steinberg L., Dornbusch S.M. (1991). Pattern of competence and adjustment among adolescent from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development* 62(5), 1049–1065.
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73(4), 1151–1165.
- Larsson B, Melin L, Breitholtz E, Andersson G. (1991). Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Acta Psychiatr Scand.* 83(5), 385-390.
- Laursen, B., Collins, W. A. (2003). Parent-Child Communication During Adolescence. *The Routledge handbook of family communication*. 357-372.
- Laursen, B., Coy, K., Collins, W. A. (1998). Reconsidering changes in parent–child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Development*, 69(3), 817–832.
- Lebedina-Manzoni, M., Maglica, T. (2004). Suicid adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40(1), 139-148.
- Ledić, L., Šušac, A., Ledić, S., Babić, R., Babić, D. (2019). Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), 75-85.
- Lee, M. T., Wong, B. P., Chow, B. W. Y., McBride-Chang, C. (2006). Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: Perceptions of academic and family climates. *Suicide and life-threatening behavior*, 36(1), 82-96.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*, 1(1), 5-18.
- Lerner, R. M., Janette J.V., Benson, B. (2011). Positive youth development: Research and applications for promoting thriving in adolescence. *Advances in Child Development and Behavior*, 41(1), 1-17.
- Lerner, R. M., Steinberg, L. (2009). Handbook of adolescent psychology. New York: Wiley.

- Lewinshon, P. M., Rhode, P., Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 3(1), 25–46.
- Mandarić, V. (2000). *Religiozni identitet zagrebačkih adolescenata*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar ; Katolički bogoslovni fakultet.
- Marčinko, D. (2011). *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkingson, P., Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337.
- Martin, G., Rotaries, P., Pearce, C., Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 336-344.
- McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., Koss, M. P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child development*, 66(5), 1239-1261.
- Medical Dictionary. The free dictionary. Preuzeto 1. ožujka 2021. sa internetske stranice: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/adolescence>.
- Merz E.M., Schuengel C., Schulze H.J. (2009). Intergenerational relations across 4 years: Well-being is affected by quality, not by support exchange. *Gerontologist*, 49(4), 536–548.
- Mihić, J., Novak, M. i Bašić, J. (2010). Zajednice koje brinu: CTC Upitnik za djecu i mlade u procjeni potreba za preventivnim intervencijama. *Ljetopis socijalnog rada*, 17(3), 391-412.
- Miholek, A. (2019). *Samoubojstvo mladih u Hrvatskoj*. Završni rad, Sveučilište u Zagrebu.
- Miller, K. E., King, C. A., Shain, B. N., Naylor, M. W. (1992). Suicidal adolescents' perceptions of their family environment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(2), 226-239.
- Milot Travers, A. S., Mahalik, J. R. (2019). Positive youth development as a protective factor for adolescents at risk for depression and alcohol use. *Applied Developmental Science*, 1-10.

- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1-9.
- Mullarkey, M. C., Marchetti, I., Beevers, C. G. (2019). Using Network Analysis to Identify Central Symptoms of Adolescent Depression. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(4), 656–668.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Nock, M. K., Joiner T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65-72.
- Olson, D. H., Gorall, D. M. (2006). *Faces IV and the circumplex model*. Minneapolis: Life Innovations.
- Olson, D. H., Gorall, D. M., Tiesel, J. W. (2004). *Faces IV package*. Minneapolis: Life Innovations.
- Otto, C., Haller, A. C., Klasen, F., Hölling, H., Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., BELLA Study Group. (2017). Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLoS One*, 12(12), e0190363.
- Palmer Jr, C. J. (2004). Suicide attempt history, self-esteem, and suicide risk in a sample of 116 depressed voluntary inpatients. *Psychological Reports*, 95(3), 1092-1094.
- Pavišić B. Modly D. (1997). *Uvod u Kriminalistiku*. Rijeka, Pravni fakultet.
- Petersen, A. C, Sarigiani, P. A., Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 247-271.
- Peterson, R. & Green, S. (2009). *Families first: Keys to successful family functioning communication*. Virginia Tech: Virginia State University.

- Piko, B. F., Balázs, M. Á. (2012). Control or involvement? Relationship between authoritative parenting style and adolescent depressive symptomatology. *European child & adolescent psychiatry*, 21(3), 149-155.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*, 164(7), 1035-1043.
- Randell, B. P., Wang, W. L., Herting, J. R., Eggert, L. L. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 247-262.
- Rassin, E., Muris, P. (2005). To be or not to be ... indecisive: Gender differences, correlations with obsessive-compulsive complaints, and behavioral manifestation. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1175-1181.
- Repetti R.L., Taylor S.E., Seeman T.E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.
- Rhodes, A. E., Lu, H., Skinner, R. (2014). Time trends in medically serious suicide-related behaviours in boys and girls. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 556-560.
- Rudan, V. (2004). Normalni adolescentni razvoj. *Medix*, 10(52), 36-39.
- Rudan, V. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18(2), 173-179.
- Sands, R. G., Dixon, S. L. (1986). Adolescent crisis and suicidal behavior: Dynamics and treatment. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 3(2), 109-122.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.
- Shaw, D., Fernandes, J. R., Rao, C. (2005). Suicide in children and adolescents: a 10-year retrospective review. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 26(4), 309-315.
- Sigel, E. J., Mattson, S. A., Mercado, M. C. (2019). Increased violence involvement and other behavioral and mental health factors among youth with firearm access. *Journal of Adolescent Health*, 65(1), 63-71.

Silk, J. S., Steinberg, L., Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869–1880.

Silverman M.M., Berman A.L., Sanddal N.D., O'Carroll P.W., Joiner T.E., (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-63.

Skinner, R., McFaull, S., Draca, J., Frechette, M., Kaur, J., Pearson, C., Thompson, W. (2016). Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979 to 2014/15). Associations longitudinales entre l'influence des parents et des pairs et l'activité physique durant l'adolescence : résultats de l'étude COMPASS. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*, 36(11), 243–251.

Somerville, L. H., Jones, R. M., Casey, B. J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition*, 72(1), 124–133.

Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416-421.

Srakić, M. (1983). Samoubojstvo. Psihološko-socijalni i teološko-moralni vid. *Bogoslovska smotra*, 53(4), 279-297.

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754-770.

Sveticic, J., De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*. 4(2), 73-78.

Symister, P., Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health psychology*, 22(2), 123.

Šakić, M. (2011). Samoubojstvo kao društveni problem: Rasprava iz sociološke perspektive. *Amalgam*, (5.), 67-81.

- Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3(1), 53–61.
- Turecki, G., Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17.
- UNICEF Adolescents overview. October 2019. Preuzeto 15. ožujka 2021. sa internetske stranice: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/>.
- Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., Brennan, L. M., Dishion, T. J., Gardner, F., Wilson, M.N. (2015). Child, family, and community protective factors in the development of children's early conduct problems. *Family relations*, 64(1), 64-79.
- Vieira, E. T. (2015). Family communication patterns, sympathy, perspective-taking, and girls' thoughts about interpersonal violence. *Journal of Family Violence*, 30(5), 607-619.
- Voss, C., Ollmann, T. M., Miché, M., Venz, J., Hoyer, J., Pieper, L., Beesdo-Baum, K. (2019). Prevalence, onset, and course of suicidal behavior among adolescents and young adults in Germany. *JAMA network open*, 2(10), e1914386-e1914386.
- Wagner Jakab, A. (2008). Obitelj - sustav dinamičnih odnosa u interakciji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(2), 119-128.
- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246–298.
- Wagner, B. M., Silverman, M. A. C., Martin, C. E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1171-1191.
- Werner E. E., Smith R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner E.E., Smith R.S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.
- WHO. (1978). Health and the family: studies on the demography of the family life cycles and their health implications. Geneva.

WHO. (2014). Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers. Handout New Models. Preuzeto 8. travnja 2021. sa internetske stranice: <http://statehealthsocietybihar.org/webarsh/Resources%20on%20ARSH/Orientation%20Programme%20on%20Adolescent%20Health%20for%20Health-Care%20P.pdf>

WHO. (2019). Suicide: one person dies every 40 seconds. Preuzeto 12. ožujka sa internetske stranice: <https://www.who.int/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>.

Wichstrøm, L., Rossow, I. (2002). Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: a nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 101–116.

Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 133-147

Williams, K. E., Ciarrochi, J. (2020). Perceived parenting styles and values development: a longitudinal study of adolescents and emerging adults. *Journal of Research on Adolescence*, 30(2), 541-558.

Wunderlich, U., Bronisch, T., Wittchen, H. U., Carter, R. (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(5), 332-339.

Zarei, E., Fallahchai, S. R., Vahedi Sarrigani, N. (2013). The study of relationship between family communications patterns with resilience and quality of life the high school girl's students. *J Life Sci*, 3(4), 289-293.