





Faktori rizika i znaci upozorenja suicidalnog ponašanja: pregled literature

Risk Factors and Warning Signs of Suicidal Behavior: a Literature Review

Ivana Jovčić, Darjana Sredić

Univerzitet PIM, Filozofski fakultet, Banja Luka, Bosna i Hercegovina

ORCID iDs: Ivana Jovčić
Darjana Sredić

 N/A
 <https://orcid.org/0009-0003-4489-4392>

Apstrakt

U radu je suicid prikazan kao složen javnozdravstveni, psihološki i sociokulturni fenomen za čiju prevenciju je potrebno multidisciplinarno razumevanje i delovanje. Suicid se ne može svesti na jednostruko određene činioce, već je on njihova mreža koja reguliše rizik od izvršenja. Svakako se može reći da je on fatalni samodestruktivni čin, za koji je procenjeno (WHO) da zahvata značajan deo svetske populacije, makar i u slučaju registrovanih pokušaja. U radu su sistematizovani rizični i protektivni faktori, upravo zbog toga što se suicid ne može svesti na jedan uzrok, već na interakciju bioloških predispozicija, psihopatologije, traume, socijalne izolacije i akutnih stresora. Dat je pregled globalne prevalencije i regionalnih razlika sa osvrtom na Republiku Srbiju (u kojoj se registruje oko hiljadu slučajeva godišnje), na rizične grupe i prepreke, poput stigme i nedovoljne dostupnosti usluga mentalnog zdravlja. U centralnom delu rada obrađeni su znaci upozorenja, specifičnosti u odnosu na uzrast i populacije, sa osvrtom na suicidalne tendencije kod adolescenata. U zaključku je istaknuto da je za pravovremenu intervenciju važno rano prepoznati znakove kod osoba, koordinisati odgovor škole, zdravstvenih službi, porodice, zajednice i digitalnog okruženja.

Ključne reči: faktori rizika, prevencija suicida, protektivni faktori, rani znaci upozorenja, samoubistvo, suicid

Abstract

In this paper, we tend to present suicide as a complex public health, psychological, and sociocultural phenomenon whose prevention requires a multidisciplinary understanding and coordinated action. Suicide cannot be reduced to a single, unidimensional cause; rather, it represents a network of interacting factors that increase the risk of its occurrence. It can be defined as a fatal self-destructive act which, according to estimates by the World Health Organization (WHO), affects a significant proportion of the global population, at least in terms of recorded attempts. The paper systematizes risk and protective factors, emphasizing that suicide arises from the interaction of biological predispositions, psychopathology, trauma, social isolation, and acute stressors. We have provided an overview of global prevalence and regional differences, with particular reference to the Republic of Serbia, where approximately one thousand cases are registered annually, as well as to high-risk groups and barriers such as stigma and limited access to mental health services. The central section of the paper focuses on warning signs, their variability across age groups and populations, with special attention to suicidal tendencies among adolescents. The conclusion emphasizes the importance of recognizing warning signs early and implementing timely interventions, and the necessity for a coordinated response that involves schools, health services, families, communities, and the digital environment.

Keywords: risk factors, suicide prevention, protective factors, early warning signs, self-harm, suicide

Uvod

Suicid (samoubistvo) je ozbiljan javnozdravstveni, psihološki i sociokulturni fenomen koji zahteva multidisciplinarni pristup da bi se razumeo i prevenirao. Fenomen je istorijski razmatran iz različitih perspektiva i u različitim kontekstima, i stoga se ne može govoriti o jednoj opšteprihvaćenoj definiciji, već se izdvajaju mnogobrojni faktori koji se gene-

ralno smatraju značajnim. Nacionalni institut za mentalno zdravlje (eng. *National Institute of Mental Health*), tačnije Centar za prevenciju suicida u SAD (eng. *Suicide Prevention Resource Center*) definiše samoubistvo kao fatalni, samodestruktivni čin koji dovodi do smrtnog ishoda, uz opisane načine, mesto, namere, dijagnozu i demografske podatke (1).

Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da više od 700.000 ljudi godišnje izvrši suicid, a da je



Primljeno / Received 24. 02. 2026
Korigovano / Revised 18. 03. 2026
Prihvaćeno / Accepted 12. 04. 2026

Autor za korespondenciju / Corresponding author: **Ivana Jovčić**
Univerzitet PIM, Filozofski fakultet, Despota Stefana Lazarevića bb,
78 000 Banja Luka, Bosna i Hercegovina | E-mail: centarskript@yahoo.com

broj pokušaja još veći, ali nije zabeležen (2). Pokušaj samoubistva je nefatalni samodestruktivni čin sa nedvosmislenom namerom da do smrtnog ishoda dođe. Da bi se čin definisao kao pokušaj samoubistva, važno je uzeti u obzir: učestalost pokušaja, poslednji pokušaj suicida, percepciju osobe o korišćenom metodu i verovatnoću da ovakav čin dovede do smrtnog ishoda (upotreba velikih doza medikamenta ili ozbiljnija povreda), dijagnozu i demografske karakteristike.

Suicid je ishod složene interakcije između bioloških predispozicija, psihopatologije, socijalne izolacije, kulturnih normi i egzistencijalne krize, na koji, kao složenu pojavu, utiče velik broj činilaca; rizik od suicida je veći kod osoba kod kojih postoje:

- Mentalni poremećaji (posebno depresija, pa shizofrenija), poremećaji ličnosti i anksiozni poremećaji;
- Alkoholizam i druge zavisnosti od psihoaktivnih supstanci;
- Hronična ili neizlečiva telesna bolest (naročito ako je udružena sa neizdrživim bolovima i patnjom);
- Psihička kriza (bilo da je izazvana gubitkom bliske osobe, prekidom emotivne veze, gubitkom posla, neuspehom u obrazovanju, porodičnim problemima ili je razvojnog karaktera kao adolescentska kriza);
- Pretrpljena trauma ili zlostavljanje;
- Raniji pokušaj samoubistva;
- Samoubistvo člana porodice ili prijatelja.

U *Enciklopediji o socijalnim problemima* navedene su dve grupe faktora u vezi sa samoubistvom – rizični i protektivni. U rizične faktore spadaju (3):

- Individualni faktori (rod, genetska vulnerabilnost, hronične fizičke bolesti i slabe veštine izlaženja na kraj sa problemima);
- Porodični faktori (ozbiljne bračne nesuglasice, zlostavljanje i zanemarivanje, samoubistvo člana porodice);
- Psihijatrijski faktori (depresija, zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci, ograničen pristup uslugama institucija za mentalno zdravlje);
- Faktori sredine (nasilje, siromaštvo, rasizam, nedostatak socijalne podrške i dostupnost oružja).

Protektivni faktori uključuju: porodičnu rezilijentnost, kulturna i religijska verovanja koja odvrćaju od suicida, a podržavaju samoodržanje, kulturno-senzitivne programe koji osnažuju porodične veze, grupno-duhovnu orijentaciju i specijalne programe za lečenje psihičkih poremećaja i bolesti zavisnosti (3).

Sigurno je da ne postoji jedan faktor ili uzrok suicidalnog ponašanja ili suicida, već je to splet više faktora. Kapamadžija (4) je predložio sistematizaciju suicidalnih faktora u četiri grupe (Tabela 1). Suicidne faktore ne treba shvatiti kao suicidalnu formulu, već kao statističku pravilnost koja je zasnovana na činjenici da se navedene varijable učestalo ukrštaju kod osoba koje izvršavaju samoubistvo.

Cilj ovog rada je da pruži pregled i sistematizaciju savremenih saznanja o faktorima rizika i znacima upozorenja suicidalnog ponašanja, uz razgraničenje dugoročnih faktora vulnerabilnosti i akutnih indikatora neposrednog rizika. Poseban cilj rada jeste da se ukaže na složenu, višedimenzionalnu uslovljenost suicida kroz analizu bioloških, psihopatoloških, porodičnih, razvojnih, socioloških i kulturoloških činilaca, kao i da se razmotre specifičnosti suicidalnog rizika u različitim populacijama, naročito kod adolescenata i u kontekstu Republike Srbije.

Prevalenca i rasprostranjenost suicida: globalna slika

Suicid je četvrti vodeći uzrok smrti među osobama uzrasta 15–29 godina (2). Globalna stopa suicida iznosi oko 9 na 100.000 stanovnika, ali se incidencija značajno razlikuje u zavisnosti od regiona, kulturnih normi, ekonomskog statusa i dostupnosti usluga institucija iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

U Evropi je stopa suicida među najvišima u svetu, naročito u istočnoevropskim državama. Litvanija i Rusija beleže stope iznad 20 na 100.000 stanovnika. U Finskoj i Belgiji postoje relativno visoke stope suicida, uprkos razvijenim sistemima zdravstvene zaštite, što se delimično objašnjava visokom prevalencom depresije i zloupotrebe alkohola. Mađarska je tokom osamdesetih godina XX veka imala najvišu stopu suicida na svetu, a i dalje beleži vrednosti iznad proseka

Tabela 1. Sistematizacija suicidalnih faktora

Grupa	Opis	Kategorije
Dispozicije	Trajni sklop karakteristika ili okolnosti koje nekoga čine potencijalnim kandidatom za samoubistvo	Hronične (<i>endogene</i>) psihoze depresivnog reda, osobe sa suicidalnim hereditetom, osobe <i>rasturenog</i> doma i tzv. ugrožene grupe poput starih iznemoglih osoba, neizlečivih bolesnika, hroničnih alkoholičara i socijalno izolovanih osoba
Motivi	Subjektivni endogeni pokretači suicidalnog čina	Autoagresivne osobe i osobe kojima je suicid apel funkcija
Uzroci	Objektivni, egzogeni faktori koji su (za razliku od motiva) na nivou svesnog	Razne <i>suicidogene</i> traume kao što su gubitak bitne osobe, nepodnošljiva patnja (bolovi) i tzv. <i>altruistički</i> suicidi počinjeni zbog obeščašćenja
Povodi	Stimulativni faktori koji se najčešće navode kao <i>razlog</i> samoubistva, a koji su u suštini samo faktor-okidač	Različiti životni konflikti

(iako je primećen opadajući trend). U Francuskoj stopa iznosi oko 13 na 100.000 stanovnika, pri čemu su ruralna područja i starija populacija najpogođeniji. Države poput Grčke, Italije i Španije imaju relativno niske stope suicida koje se pripisuju jačim porodičnim vezama i neformalnim mrežama podrške (5).

U Aziji države poput Južne Koreje i Japana beleže visoke stope suicida. U Južnoj Koreji, stopa suicida iznosi oko 23 na 100.000, najviša je među državama OECD i povezuje se sa društvenim pritiscima, akademskim i radnim stresom i stigmatizacijom mentalnih poremećaja (6). U Japanu, iako je primećen pad stope suicida poslednjih godina zahvaljujući nacionalnim kampanjama, stopa i dalje iznosi oko 16 na 100.000, a posebno je visoka među starijima i adolescentima (7). Indija beleži oko 12,5 na 100.000, ali apsolutni broj suicida je među najvišima u svetu zbog veličine populacije. Suicidi su česti među farmerima, mladima i ženama koje su izložene rodno zasnovanom nasilju (8). Šri Lanka je imala jednu od najviših stopa suicida na svetu tokom devedesetih godina, ali je uočen značajan pad nakon zabrane visoko toksičnih pesticida (9). U Kini je stopa suicida u padu tokom poslednje dve decenije, ali je i dalje zabrinjavajuće visoka u ruralnim oblastima i među ženama u srednjem životnom dobu, a objašnjava se kombinacijom ekonomskih, kulturnih i rodniha faktora (10).

U Africi su podaci o suicidu ograničeni zbog nedostatka nacionalnih registara i stigmi povezanih sa mentalnim zdravljem, ali dostupne procene pokazuju da je stopa suicida generalno niža nego u većini drugih regiona, mada je podložna znatnoj varijabilnosti. U Južnoafričkoj Republici stopa suicida iznosi oko 13 na 100.000, a visoka prevalenca među adolescentima i mladima dovodi se u vezu sa siromaštvom, nasiljem, zloupotrebom supstanci i HIV-om (11). U Ugandi je suicid među adolescentima u porastu, posebno u ruralnim oblastima gde su siromaštvo, porodično nasilje i nedostatak psihološke podrške ključni faktori rizika (12). U Keniji je stopa suicida oko 6,5 na 100.000, ali su pokušaji znatno češći, naročito kod mladih žena i osoba sa istorijom traume (13). U Zimbabveu je suicid povezan sa ekonomskim stresom, nezaposlenošću i HIV epidemijom, pri čemu su muškarci ugroženiji od žena (14). Etiopija ima zabrinjavajuće podatke sa prevalencijom suicidalnih misli među adolescentima i mladima 13–17 godina koja premašuje 15% (posebno u većim gradovima) (15).

Sjedinjene Američke Države beleže zabrinjavajući porast suicida, sa prosečnom stopom od 14,5 na 100.000 stanovnika. Najviše su pogođeni belci srednje dobi i mladi muškarci (16). U Kanadi je stopa suicida među starosedelcima dva do tri puta viša nego u ostatku populacije, što se dovodi u vezu sa istorijskom traumom, siromaštvom i manjkom dostupnih resursa (17).

U Latinskoj Americi su stope suicida generalno niže, ali i dalje zabrinjavajuće u nekim državama. U Gvajani stopa prelazi 30 na 100.000, te je jedna od najviših u svetu, dok Brazil beleži stope oko 6,4 na

100.000 (2). Kulturološke norme u Južnoj Americi i pristup zdravstvenim uslugama utiču na stepen detekcije i prevencije suicidalnog ponašanja.

U Australiji i na Novom Zelandu stopa suicida je stabilna, ali i dalje visoka među starosedelačkim populacijama. U Australiji je prosečna stopa oko 12,5 na 100.000, ali među Aboridžinima dostiže i duplo više vrednosti (18).

Suicid u Srbiji

U Srbiji se, prema podacima Republičkog zavoda za statistiku, godišnje registruje oko hiljadu slučajeva suicida (oko 15 na 100.000 stanovnika), što je svrstava u grupu evropskih država sa umerenim do povišenim stopama suicida (19). Najveći broj samoubistava beleži se među muškarcima starijim od pedeset godina, dok su pokušaji suicida češći među adolescentima i ženama. Faktori rizika u Srbiji uključuju siromaštvo, nezaposlenost, migracije i ograničen pristup uslugama institucija za zaštitu mentalnog zdravlja, naročito u ruralnim sredinama. Prema istraživanjima Instituta za mentalno zdravlje, depresija i zloupotreba alkohola su među najčešće identifikovanim stanjima kod osoba koje su izvršile ili pokušale suicid (20).

Adolescenti i mladi odrasli su sve ranjivija grupa. U Srbiji je 13% adolescenata izjavilo da je razmišljalo o suicidu, a 5% ih je pokušalo suicid bar jednom. Visok nivo stresa u školi, porodični konflikti, vršnjačko nasilje i nisko samopouzdanje identifikovani su kao ključni faktori rizika (21). Globalna istraživanja ukazuju na pojavu suicidalnih misli i izraza depresivnih tema na društvenim mrežama među adolescentima, uključujući digitalno samopovređivanje i vizuelno nasilje koji mogu biti signal psihološkog distresa (22, 23). Digitalni znaci upozorenja uključuju: objave o smrti, pesimizam, direktne pretnje samoubistvom, metaforičnu komunikaciju koja aludira na kraj.

Istraživanja su potvrdila potrebu za poboljšanjem obuke zdravstvenih i obrazovnih radnika u prepoznavanju suicidalnog rizika i na važnost osnaživanja porodica, vršnjaka, zajednice i medija u destigmatizaciji mentalnih problema. Uvođenje školskih programa emocionalne pismenosti i integracija savetovališta u obrazovni sistem glavne su preporuke za unapređenje primarne prevencije suicida u Srbiji (24–26).

S obzirom na demografske promene, posebno starenje stanovništva, očekuje se da broj suicida među starijima u Srbiji ostane visok. Samci, penzioneri sa niskim приходima i starije osobe koje su izgubile supružnika pripadaju visokorizičnoj populaciji, a nedostatak socijalne podrške i usamljenost doprinose osećaju bezvrednosti i gubitku smisla života kod starijih osoba (27).

Pored kliničkih faktora, socijalni i kulturološki kontekst su važni za razumevanje suicida u Srbiji. Stigma vezana za mentalne poremećaje i suicidalno ponašanje je veliki izazov. Ispitivanja javnog mnjenja

pokazuju da značajan deo populacije smatra mentalne poremećaje ličnom slabošću, a ne bolešću, zbog čega su ljudi obeshrabreni da potraže stručnu pomoć (28). U školskom kontekstu, sistem za rano prepoznavanje i intervenciju kod učenika sa psihološkim tegobama nije dovoljno razvijen, a psiholozi su preopterećeni administrativnim zadacima. Faktori koji doprinose ovom obrascu uključuju i postratna traumatska iskustva, alkoholizam i porodične disfunkcije. U urbanim sredinama se primećuje veći broj pokušaja suicida među mladima, posebno usled vršnjačkog nasilja, loših porodičnih odnosa i emocionalne zapostavljenosti. Još sredinom XX veka ukazivano je na visoke stope suicida u Vojvodini i na važnost društvenih faktora u njihovom objašnjenju, uključujući izolaciju i nejednak pristup obrazovanju i zdravstvu (29).

Nacionalna strategija za mentalno zdravlje (30) prepoznaje suicid kao javnozdravstveni prioritet, ali implementacija mera varira u zavisnosti od regiona. Lokalne inicijative, poput SOS linija i edukativnih programa, prisutne su u većim gradovima (Novi Sad, Beograd, Niš), dok su ruralne sredine često bez systemske podrške. Nedovoljna koordinacija između primarne zdravstvene zaštite, škola i centara za socijalni rad takođe otežava efikasno delovanje. U narednom periodu prioriteta bi trebalo da budu uspostavljanje nacionalnog registra za praćenje suicida i pokušaja suicida, unapređenje dostupnosti psihološke pomoći u domovima zdravlja i razvoj digitalnih servisa podrške (onlajn savetovaništva, mobilne aplikacije za krizne intervencije) koji bi šire obuhvatili rizične grupe, naročito mlade.

Znaci upozorenja

Znaci upozorenja za suicid ne ispoljavaju se uniformno u svim populacijama, već su oblikovani uzrastom, polom, kulturnim normama i socijalnim kontekstom. U istraživanjima u oblasti suicidologije utvrđeno je da većina osoba koje izvrše suicid prethodno pokazuje određene znake upozorenja koji se mogu klasifikovati u tri osnovne grupe: verbalni, bihevioralni i emocionalni indikatori (31, 32):

1. Verbalni znaci obuhvataju direktne ili indirektno izjave suicidalnog sadržaja, kao što su: *Ne mogu više da izdržim, Bilo bi bolje da me nema, Uskoro će sve biti gotovo ili Uskoro ćete svi biti slobodni od mene.*
2. Bihevioralni znaci uključuju nagle promene u svakodnevnim navikama, povlačenje iz socijalnih aktivnosti, poklanjanje dragocenih predmeta, neobično mirno ponašanje nakon perioda depresije i pojačano interesovanje za teme smrti, samopovređivanja i samoubistva.
3. Emocionalni indikatori se najčešće ispoljavaju kroz tužna osećanja, nevoljnost, apatiju i povučenoost.

Frenklin i saradnici (31) su u opsežnom istraživanju identifikovali ranije pokušaje suicida kao najsnažnije pojedinačne prediktore budućih pokušaja. Klinička istraživanja navode da simptomi anhedonije, osećaj bespomoćnosti, beznadežnosti i unutrašnje praznine, zajedno sa povećanom razdražljivošću, jesu najvažniji emocionalni indikatori koji prethode suicidalnim epizodama (33). Promene u obrascima spavanja (insomnija ili hipersomnija), ishrane (anoreksija ili prejedanje), interesovanja za ranije omiljene aktivnosti i naglog pada školskog uspeha mogu da budu rani klinički indikatori psihološke disfunkcije koja može prethoditi suicidalnim radnjama (34, 35).

Kod adolescenata najizraženiji faktori rizika uključuju: emocionalnu nestabilnost, impulsivnost, konflikte sa vršnjacima ili roditeljima, osećaj hronične beznadežnosti i percepciju da su teret drugima (36, 37). Viktimizacija putem vršnjačkog nasilja, uključujući i sajber zlostavljanje (eng. *cyberbullying*), dodatno povećava verovatnoću suicidalnog ponašanja (38). Različita istraživanja (39–42) ukazuju na to da je porast anksioznosti, depresivnih simptoma i konzumacije psihoaktivnih supstanci među mladima doveo do porasta suicidalnih ideacija, uz pojavu *tihe depresije* – stanja u kojem su emocionalni simptomi maskirani, a jedini znaci promene primetni su na ponašajnom nivou (na primer u opadanju učinka u školi, izbegavanju škole ili u agresivnim ispadima). Kumulativna izloženost stresorima (gubitak roditelja, razvod, nasilje u porodici, diskriminacija) povećava rizik od razvoja suicidalnih ideacija (39). U tom kontekstu, faktori zaštite kao što su osećaj pripadnosti, podržavajući odnosi i razvijene veštine emocionalne regulacije mogu delovati kao tampon zona. Edukacija školskog i zdravstvenog osoblja o znacima upozorenja i o tehnikama prve psihološke pomoći (npr. *Mental Health First Aid*), važna je u povećanju stope upućivanja učenika ka stručnim službama (43). Razvoj školskih programa emocionalne pismenosti, kognitivno-bihevioralnih veština i otpornosti (rezilijentnosti) preveniraju rizik od suicida među decom i adolescentima (44).

Kod starijih osoba znaci upozorenja su manje eksplicitni, ali jednako značajni. Gubitak životnog partnera, fizičke bolesti koje uzrokuju hroničan bol ili invaliditet, kognitivna deterioracija i osećaj društvene neupotrebljivosti često prethode suicidalnim epizodama (45). Za razliku od mladih, stariji ređe eksplicitno izražavaju suicidalne misli. Specifične grupe poput LGBTI+ populacije imaju povećane stope suicidalnih misli i ponašanja usled izloženosti stigmatizaciji, odbacivanja od strane porodice i vršnjaka, kao i zbog unutrašnjeg konflikta (46). U ovim slučajevima znaci upozorenja mogu uključivati iznenadno povlačenje iz zajednice, promenu identitetskih izraza ili samopovređivanje.

U kliničkoj praksi intervencije poput KBT (kognitivno-bihevioralne terapije) i DBT (dijalektičko-bihevioralne terapije) visoko su efikasne u smanjenju

suicidalnih misli i ponašanja kod osoba sa hroničnim emocionalnim problemima (47, 48). Poseban značaj imaju postvencijske intervencije nakon pokušaja suicida kada postoji najveći rizik od recidiva.

Distinkcija akutnih znakova upozorenja i dugoročnih faktora rizika

U literaturi o suicidu važno je jasno razlikovati dugoročne faktore rizika od akutnih znakova upozorenja, jer ovi pojmovi ne označavaju isti nivo opasnosti, niti imaju istu kliničku i preventivnu funkciju. Faktori rizika predstavljaju relativno trajne, distalnije ili kumulativne karakteristike i okolnosti koje povećavaju verovatnoću razvoja suicidalnih misli i ponašanja tokom vremena, ali sami po sebi ne ukazuju nužno na neposrednu opasnost. U njih se najčešće ubrajaju prethodni pokušaji suicida, psihijatrijski poremećaji, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, trauma, hronični interpersonalni konflikti, socijalna izolacija, telesne bolesti, kao i određene biološke i razvojne vulnerabilnosti (49). Drugim rečima, faktori rizika ukazuju na to da je osoba pod povećanim opštim rizikom, ali ne govore dovoljno precizno o tome da li je rizik akutno povišen u datom trenutku (50).

Nasuprot tome, znaci upozorenja odnose se na proksimalne, neposrednije indikatore da je suicidalni rizik trenutno pojačan, odnosno da je osoba možda ušla u period akutne krize. Oni su vremenski bliži mogućem pokušaju ili izvršenju suicida i upravo zbog toga imaju poseban značaj za procenu hitnosti intervencije. U klasične znake upozorenja ubrajaju se izražavanje suicidalnih namera, traženje sredstava za samoubistvo, intenziviranje beznađa, osećaj da je osoba teret drugima, nagla agitacija, povlačenje, dramatične promene raspoloženja, kao i pripremna ponašanja poput oprastanja, sređivanja ličnih poslova ili davanja dragocenosti (50). Savremenija istraživanja dodatno pokazuju da se u periodu neposredno pre pokušaja često javljaju interpersonalni negativni događaji, porast osećaja besmisla, praznine, straha ili hostilnosti, kao i suicidalna komunikacija i pripremna ponašanja, što potvrđuje da akutni znaci upozorenja imaju veću vrednost za prepoznavanje neposrednog rizika nego opšti faktori vulnerabilnosti (51).

Ova razlika je važna i sa teorijskog stanovišta. Savremeni ideaciono-akcioni modeli suicida polaze od pretpostavke da faktori koji doprinose nastanku suicidalnih misli nisu uvek isti kao faktori koji doprinose prelasku sa misli na pokušaj. Na primer, depresivnost, beznađe i mnogi drugi psihološki problemi snažno su povezani sa suicidalnom ideacijom, ali slabije razlikuju osobe koje samo razmišljaju o suicidu od onih koje će zaista pokušati da ga izvrše (49). Slično tome, interpersonalna teorija suicida naglašava da suicidalna želja nastaje u kontekstu osujećene pripadnosti i doživljaja sopstvene opterećujuće uloge za druge, dok je za prelazak u suicidalno ponašanje potrebna i sposob-

nost za izvršenje suicida, koja se razvija kroz habituaciju na bol, strah i aversivna iskustva (52). Iz toga sledi da procena suicidalnosti ne sme biti ograničena samo na prisustvo hroničnih faktora rizika, već mora obuhvatiti i procenu aktuelnog, akutnog pogoršanja stanja.

U praktičnom smislu, razlikovanje ova dva nivoa procene ima direktne posledice za prevenciju. Dugoročni faktori rizika pomažu u identifikaciji osoba i grupa kojima su potrebni kontinuirano praćenje, psihološka podrška i dugoročnije preventivne intervencije. Akutni znaci upozorenja, međutim, zahtevaju brzu i često neposrednu reakciju, uključujući detaljnu procenu suicidalne namere, dostupnosti sredstava, prisustva plana, stepena uznemirenosti i zaštitnih činilaca, kao i eventualno uključivanje hitnih službi ili krizne intervencije (53). Stoga je za teorijski i praktični pristup suicidu najprimerenije posmatrati faktore rizika kao osnovu hronične vulnerabilnosti, a znake upozorenja kao manifestacije akutne destabilizacije unutar te vulnerabilnosti. Takvo razlikovanje doprinosi preciznijem razumevanju suicidalnog procesa i omogućava bolje usmeravanje preventivnih i interventnih mera (50).

Dugoročni faktori rizika

Biološki faktori

Istraživanja potvrđuju da genetske i neurobiološke predispozicije doprinose suicidalnom ponašanju. Neurotransmiterski disbalansi (naročito oni u funkciji serotonina, dopamina i norepinefrina) utiču na regulaciju raspoloženja, impulsa i doživljaj bola, što može povećati vulnerabilnost na suicidalno ponašanje (54). Disfunkcija serotoninskog sistema (posebno smanjeni nivoi 5-HIAA) povezana je sa impulsivnošću i agresijom usmerenom prema sebi (55, 56). Promene u funkciji prefrontalnog korteksa i amigdale utiču na donošenje odluka i emocionalnu kontrolu, što je u vezi sa izvršnim funkcijama i emocionalnošću, koje su narušene integriteta kod suicidalnih osoba (54). Neurooslikavanja kod osoba sa suicidalnim ponašanjem utvrdila su smanjenu aktivaciju prefrontalnih regiona zaduženih za izvršne funkcije i samokontrolu (57, 58). Povećana reaktivnost amigdale povezana je sa hiperaktivnim odgovorom na stres i percepcijom ugroženosti (54).

Nasledni faktor je veoma važan u determinisanju suicidalnog ponašanja. Osobe sa porodičnom anamnezom suicida su u većem riziku da razviju suicidalne ideacije (59), a tom faktoru dodatno govore blizanačke studije (60, 61). Ipak, genetska predispozicija se retko ispoljava nezavisno od sredinskih uticaja, već češće kroz interakciju sa stresogenim životnim događajima.

Epigenetska istraživanja naglašavaju uticaj rane traume na ekspresiju gena povezanih sa emocionalnom regulacijom i odgovorom na stres (62, 63). Inflamacija se sve češće prepoznaje kao potencijalni biološki

marker suicidnog rizika. Povišeni nivoi inflamatornih citokina, kao što su interleukin-6 (IL-6), tumor nekroze faktor-alfa (TNF- α) i C-reaktivni protein (CRP) pronađeni su kod osoba sa suicidalnim ideacijama i ponašanjem (64). Te promene mogu da utiču na neurotransmisiju i neuroplastičnost, naročito u limbickom sistemu koji je zadužen za kontrolu emocija i afektivnu reaktivnost.

Disbalans hormona štitne žlezde (naročito hipotireoza i supklinička hipotireoza) povezuje se sa depresijom, kognitivnom disfunkcijom i suicidalnim ponašanjem (65). Hormonalne promene mogu doprineti sniženom raspoloženju i smanjenoj psihofizičkoj energiji, što povećava vulnerabilnost osobe na izvršenje suicida.

U poslednjoj deceniji se više pažnje posvećuje ulozi nutritivnih faktora u neurobiološkim osnovama suicidalnosti. Nedostatak vitamina D povezuje se sa pojačanom inflamacijom, disbalansom serotoniniskog sistema i razvojem depresivnih simptoma (66, 67). Vitamin D deluje kao neurosteroid i modulise ekspresiju gena uključenih u sintezu neurotransmitera, pa se hronična hipovitaminoza smatra potencijalnim rizikom za suicidalne ideacije. Slično tome, nedostatak vitamina B6, B9 (folne kiseline) i B12 negativno utiče na metilaciju neurotransmitera i nivo homocisteina, što je takođe povezano sa depresijom i povećanim rizikom od suicida (68). Osobe sa suicidalnim ponašanjem neretko imaju niže koncentracije ovih vitamina u krvi u poređenju sa kontrolnim grupama (69).

Na kraju, genetski polimorfizmi koji kodiraju proteine uključene u neurotransmisiju, kao što su 5-HTTLPR (serotoninski transporter), MAO-A (monoamin-oksidaza A) i BDNF (neurotrofni faktor), povezani su sa suicidalnim ponašanjem, naročito kada su udruženi sa ranim traumama (70).

Psihopatologija i individualne karakteristike

Mentalni poremećaji su najznačajniji pojedinačni prediktori suicida. Više od 90% osoba koje su izvršile suicid imale su neki oblik psihijatrijske dijagnoze, najčešće depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, psihozu ili granični poremećaj ličnosti (71). Rizik je posebno izražen kod osoba sa komorbiditetom, pri čemu je depresija udružena sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci visokorizičan obrazac za pokušaj suicida.

Bek u svojoj kognitivnoj teoriji depresije i teoriji beznadežnosti tvrdi da percepcija sebe kao bezvrednog i sveta kao beznadežnog vodi ka razvoju suicidalnih misli. Kognitivne distorzije (generalizacija, katastrofizacija i *crno-belo* razmišljanje) dodatno podrivaju sposobnost osobe da racionalno proceni svoju situaciju i mogućnosti rešavanja problema (72). Džojner u interpersonalno-psihološkoj teoriji suicida objašnjava da je suicid splet istovremenog ukrštanja tri faktora: osećaja da je osoba teret drugima, doživljava socijalne izolacije i razvijene sposobnosti za izvršenje suicida (često stečene kroz prethodne tra-

ume ili iskustva samopovređivanja). Kombinacija ova tri faktora je psihološki visoko prediktivan okvir za suicidalni ishod (36).

Istraživanja potvrđuju i značaj osobina ličnosti u razumevanju suicidalnog rizika. Visok nivo neuroticizma dosledno je povezan sa suicidalnim mislima i ponašanjem, dok su niski nivoi ekstraverzije i savesnosti dodatni faktori vulnerabilnosti (73). Osobe sa izraženim neuroticizmom intenzivnije doživljavaju neprijatne emocije, slabije tolerišu frustraciju i imaju izraženije kognitivne distorzije. Granični poremećaj ličnosti, koji uključuje afektivnu nestabilnost i impulsivnost, u velikom broju slučajeva uključuje i hronične suicidalne tendencije (74–76). U poslednjoj deceniji u fokusu su i deficiti u emocionalnoj regulaciji kao transdijagnostički faktor suicidalnog ponašanja. Osobe koje imaju poteškoće u identifikaciji, izražavanju i kontroli emocija češće pribegavaju disfunkcionalnim mehanizmima kao što su potiskivanje, izbegavanje i samopovređivanje (77).

Disregulacija emocija posebno je izražena kod adolescenata i osoba sa istorijom traume. Istraživanja pokazuju da se smanjena sposobnost primene strategija poput reinterpretacije i pažljivog promišljanja pojavljuje kao značajan prediktor suicidalnih ideacija (78). U okviru teorija samodeterminacije istaknuto je da nezadovoljenje potreba za autonomijom, kompetencijom i povezanošću može stvoriti hroničan osećaj neuspeha i dovesti do izolacije, što je značajan faktor rizika za pojavu suicidalnih ideja, posebno u uslovima izraženog obrazovnog i društvenog pritiska (79).

Nisko samopoštovanje i stabilna negativna slika o sebi dugoročni su prediktori suicidalnog rizika, nezavisno od prisustva depresivnih simptoma. Osobe koje sebe percipiraju kao bezvredne i nevoljene često internalizuju poruke iz sredine i razvijaju osećaj stida i neadekvatnosti što povećava njihovu vulnerabilnost za suicid (80). Suprotno, mentalna čvrstina (rezilijentnost) i visoka psihološka fleksibilnost deluju kao zaštitni faktori. Konkretno, osobe koje mogu da reorganizuju sopstveni pogled na stresne događaje, aktivno traže podršku i koriste strategije suočavanja usmerene na rešavanje problema, imaju znatno nižu stopu suicidalnih misli i ponašanja (81).

Istraživanja prepoznaju i inteligenciju kao zaštitni ili rizični faktor, u zavisnosti od konteksta. U pojedinim istraživanjima je pokazano da je niži kvocijent inteligencije povezan sa višom stopom suicida u odraslom dobu (82), najverovatnije zbog slabijih veština za rešavanje problema i nižeg stepena obrazovanja. Kod visokointeligentnih osoba suicid može da bude uzrokovan egzistencijalnom krizom, preteranim perfekcionizmom ili disfunkcionalnim narativom o neuspehu (83). *Maladaptivni* perfekcionizam, koji karakteriše stalna percepcija neuspeha u ispunjavanju (sopstvenih ili tuđih) očekivanja, povezan je sa većom prevalencijom depresije i suicidalnih misli. U tom smislu se razlikuju samousmereni, društveno propisani perfekcionizam i perfekcionizam orijentisan

na druge, od kojih je društveno propisani najčvršće povezan sa suicidalnošću, posebno kod mladih (84).

Sve navedene psihološke determinante (ličnost, emocionalna regulacija i kognitivne sposobnosti) međusobno se prožimaju i dopunjuju etiološku sliku suicida, zbog čega je važno da procena suicidalnog rizika uključi evaluaciju stabilnih psiholoških crta i kapaciteta za emocionalnu obradu i rezilijentnost, pored uvida u trenutno mentalno stanje.

Porodični faktori i faktori razvoja

Porodična dinamika i rani razvojni faktori učestvuju u oblikovanju sposobnosti pojedinca da se nosi sa stresom i emocionalnim krizama, a hronična emocionalna zapostavljenost, fizičko i seksualno zlostavljanje, kao i gubitak roditelja u detinjstvu, povećavaju rizik od suicida (85).

Nepovoljna porodična klima (roditeljska psihopatologija, nasilje u porodici, niska emocionalna dostupnost roditelja) povezana je sa razvojem nesigurnih obrazaca privrženosti i deficita u emocionalnoj regulaciji. Prema teoriji afektivne vezanosti nesigurna ili dezorganizovana privrženost u detinjstvu uzrokuje probleme u regulaciji emocija i stvaranju bliskih odnosa, što kasnije doprinosi osećaju izolacije i nemoći (86). Osobe koje nisu razvile osećaj emocionalne sigurnosti u primarnim odnosima, teže se obraćaju za pomoć u kriznim situacijama, pa je kod njih povećan rizik od suicidalnog ponašanja i izvršenja suicida. Nesigurna vezanost značajno je povezana sa suicidalnim mislima i pokušajima suicida (87).

Rani gubitak voljene osobe, naročito roditelja ili staratelja, prepoznat je kao okidač za kasnije depresivne epizode i suicidalne misli, naročito ukoliko nije usledila odgovarajuća emocionalna obrada i prорада gubitka. Efekti gubitka su izraženi kod dece koja nemaju razvijen kapacitet za simboličku obradu fenomena smrti i emocionalnu verbalizaciju sopstvenih mentalnih stanja (88). U porodicama u kojima se psihičke tegobe doživljavaju kao tabu ili u kojima su emocije potisnute i o njima se ne priča, deca razvijaju maladaptivne strategije samopomoći koje uključuju povlačenje, samopovređivanje ili suicidalne misli.

Autoritarni i zanemarujući vaspitni roditeljski stilovi povezani su sa višim stopama anksioznosti, depresije i suicidalnih misli kod adolescenata (89). Topli i podržavajući stilovi vaspitanja su značajan protektivni faktor, jer razvijaju rezilijentnost i osećaj za samovrednovanje. Deca koja odrastaju u sredinama koje obezbeđuju emocionalnu sigurnost, konzistentna pravila i toplinu, imaju niže stope suicidalnih ideacija, čak i kada su izložena stresu (90). Nedostatak otvorene komunikacije, tajnovitost u odnosima i izražena emocionalna inhibicija unutar porodice otežavaju adolescentima da verbalizuju svoja osećanja, što povećava rizik za suicidalno ponašanje (91).

Genetski i psihosocijalni faktori se često prepliću. Roditelji sa istorijom suicida ili psihičkih poremećaja

(poput depresije, zavisnosti ili graničnog poremećaja ličnosti) mogu preneti biološku vulnerabilnost deci i oblikovati porodično okruženje kao emocionalno nestabilno, kritički nastrojeno ili nepredvidivo (59). Deca roditelja koji su počinili suicid sklonija su razvoju depresije, impulsivnosti i poteškoćama u socijalnim odnosima, čak i u odsustvu direktnog susreta sa traumatskim iskustvom (88, 92, 93). Uloga braće i sestara takođe može biti značajna, jer pozitivni odnosi sa vršnjacima unutar porodice mogu imati zaštitni efekat, dok rivalstvo i emocionalna distanciranost mogu pojačati osećaj izolacije (94, 95).

Intervencije usmerene na jačanje porodične kohezije, otvorenu komunikaciju i emocionalnu pismenost efikasne su u prevenciji suicidalnog ponašanja, naročito kod mladih u riziku (96). Porodična terapija, posebno multisistemski pristupi, efikasni su u kontekstu smanjenja suicidalnih misli i pokušaja u kliničkim uzorcima adolescenata. Brojne smernice za prevenciju suicida na nacionalnom i međunarodnom nivou preporučuju programe edukacije roditelja o faktorima rizika za suicid i strategije za podršku (2).

Sociološki i kulturološki faktori

Sociološki pristupi suicidu usmereni su na širi društveni kontekst u kojem pojedinac funkcioniše. Emil Dirkem (Émile Durkheim) je među prvima ukazao na značaj društvene integracije i regulacije u razumevanju samoubistva (97). U njegovoj tipologiji, egoistički suicid nastaje usled nedostatka povezanosti sa zajednicom, anomični nastaje kao posledica naglih društvenih promena i gubitka normi, dok altruistički proističe iz prevelike identifikacije s kolektivnim vrednostima. Ove dimenzije ostaju relevantne i u savremenim analizama.

U savremenom društvu neoliberalni pritisci, težnja ka individualizaciji i kompetitivne kulture mogu stvoriti osećaj bezvrednosti i otuđenosti (98, 99). Stope suicida rastu u kontekstu ekonomske krize i socijalne nejednakosti (100). Marginalizovane grupe, uključujući nezaposlene, siromašne, izbeglice, zatvo-renike i pripadnike etničkih i seksualnih manjina, suočavaju se sa višestrukim izvorima stresa, strukturnim nasiljem i nedostatkom socijalne podrške, što povećava njihovu ranjivost na suicid (101, 102). LGBTQ+ osobe imaju značajno više stope suicidalnih misli i pokušaja, delimično usled diskriminacije, odbacivanja i homofobije u porodici i zajednici (103).

Egzistencijalna psihologija i filozofija nude dubinsko razumevanje suicida kao odgovora na krizu smisla, identiteta i autentičnosti. Viktor Frankl naglasio je da gubitak osećaja svrhe može voditi u takozvani egzistencijalni vakuum (104). Kada osoba ne vidi više smisao ni u patnji ni u budućnosti, suicid se može doživeti kao jedina preostala opcija. Edwin Šnajdman (Edwin Shneidman) je razvio koncept *psychache* koji tumači kao neizdrživ psihološki bol koji proizilazi iz frustriranih osnovnih psihičkih potreba (105). U tom

smislu suicid nije želja za smrću, već želja za prekidom bola. Ovaj model pruža važne uvide u razloge suicida kod osoba koje spolja mogu delovati funkcionalno, ali koje iznutra trpe duboki emocionalni distres.

Određeni kulturološki faktori oblikuju percepciju suicida kao moralno prihvatljivog ili neprihvatljivog čina: u nekim kulturama suicid se smatra činom časti, otpora ili duhovnog oslobađanja, dok se u drugima posmatra kao teški greh ili sramota (106). Kultura utiče i na to kome se smatra *dozvoljenim* da izražava patnju i traži pomoć, što utiče na obrasce suicidalnog ponašanja kod muškaraca i žena (107). U srpskom društvu tradicionalne vrednosti i religijski narativi stigmatizuju suicid i otežavaju otvoreni dijalog o mentalnom zdravlju. Ipak, mogućnost osnaživanja duhovnih kapaciteta i osećaja zajedništva može imati preventivni efekat. Istraživanja sprovedena u balkanskim državama nalaze snažnu korelaciju između religijske aktivnosti i manjeg izražavanja suicidalnih namera (108).

Religija ima poprilično ambivalentnu ulogu kada je u pitanju suicid. Ona može delovati kao zaštitni faktor, nuditi osećaj smisla, pripadnosti i moralnog okvira, ali i kao izvor krivice i samosankcionisanja kod vernika sa suicidalnim mislima. Religijska pripadnost, posebno ona koja uključuje aktivno učestvovanje u zajednici, može smanjiti rizik od suicida, međutim, rigidni religijski sistemi mogu povećati psihološki distres kod osoba koje se osećaju *grešnim* ili isključenim iz zajednice (109).

Savremeni narativni pristupi ističu značaj lične priče i identitetske koherencije. Kada osoba doživi gubitak narativnog kontinuiteta (npr. kroz traumatski događaj, gubitak uloge, statusa ili identiteta), javlja se egzistencijalna kriza koja može kulminirati suicidalnim ponašanjem. U tom smislu, suicid može biti čin ličnog razračunavanja sa svetom koji je izgubio smisao.

Zaključak

Znaci upozorenja za suicid su najvažniji indikator za pravovremeno reagovanje i spasavanje života. Iako su oni ponekad suptilni i prikriveni, ranom identi-

fikacijom može se značajno doprineti prevenciji suicidalnog ponašanja. Savremeni preventivni modeli zahtevaju integraciju školskog sistema, zdravstvenih službi, porodice i digitalnog okruženja u zajedničkom odgovoru na ovu kompleksnu pojavu. U lokalnim kontekstima (poput Srbije) neophodno je dodatno ulagati u istraživanje, formulirati nacionalne strategije za prevenciju suicida i obučiti profesionalce (ali i laike) za prepoznavanje i odgovarajuće reagovanje na znake upozorenja. Poseban akcenat mora da bude na vulnerabilnim i manjinskim grupama, jer se znaci često previđaju. U vremenu digitalne povezanosti, razvijanje digitalne empatije i algoritamske senzitivnosti može postati nova linija fronta u borbi protiv suicida.

Faktori suicida su složen i višedimenzionalan skup individualnih, psiholoških, porodičnih i društvenih determinanti koji doprinose razvoju suicidalnih misli, namera i ponašanja. Nijedan pojedinačni faktor posmatran izolovano nije dovoljan da objasni pojavu suicida; umesto toga, faktori se razumeju kao interakcija dugotrajnih faktora rizika i akutnih znakova upozorenja. Dugoročni faktori, poput depresivnosti, istorije traumatskih iskustava, prethodnih pokušaja suicida i hronične beznadežnosti, temelj su vulnerabilnosti. Međutim, prelazak od suicidalne ideacije ka pokušaju najčešće nastaje pod uticajem situacionih stresora i kratkoročnih promena u emocionalnom, kognitivnom ili interpersonalnom funkcionisanju.

Istraživanja konzistentno potvrđuju da su akutni znaci upozorenja (poput verbalizacije suicidalnih misli, intenzivne emocionalne agitacije, povlačenja, pripremnih radnji i naglog porasta osećaja beznadežnosti) posebno snažni prediktori neposrednog rizika jer ukazuju na promene u psihičkom stanju koje zahtevaju brzu procenu i intervenciju. U okviru razvojne psihologije ti faktori se drugačije posmatraju, jer različiti razvojni periodi (adolescencija, rana odraslost, starost) imaju specifične obrasce rizika i načine ispoljavanja suicidalnih misli i ponašanja.

Faktori suicida moraju se posmatrati u dinamičkom okviru u kojem se dugoročna vulnerabilnost i trenutni stresori prepliću sa emocionalnim i interpersonalnim procesima koji uzrokuju suicidalnu krizu.

Literatura

1. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE, editors. Introduction. In: Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC: National Academies Press; 2022.
2. WHO. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization 2021 „cited 2025 Dec 24-. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
3. Parrillo V. Encyclopedia of social problems. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc; 2008.
4. Kapamadžija B. Suicidogeni faktori (dispozicija, uzroci, motivi, povod). Jugoslovenski kongres o prevenciji samoubistava (II), zbornik radova; 1976:9–18.
5. OECD. Mental health: Health at a Glance 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
6. Park S, Song YJ, Kim J, Ki M, Shin JY, Kwon YM, et al. Age, period, and cohort effects on suicide mortality in South Korea, 1992–2015. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(8):1580.
7. Matsumoto R, Motomura E, Shiroyama T, Okada M. Impact of the Japanese Government's 'General Principles of Suicide Prevention Policy' on youth suicide from 2007 to 2022. *BJPsych Open* 2023;10(1):e16.
8. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur JS, Gajalakshmi V, Gururaj G, et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet* 2012;379(9834):2343–51.
9. Knipe DW, Chang SS, Dawson AH, Eddleston M, Konradsen F, Metcalfe C, et al. Suicide prevention through means restriction: impact of the 2008–2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PLoS ONE* 2017;12(3):e0172893.

10. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360(9347):1728–36.
11. Mars B, Burrows S, Hjelmeland H, Gunnell D. Suicidal behaviour across the African continent: a review of the literature. *BMC Public Health* 2014;14:606.
12. Ovuga E, Boardman J, Wassermann D. Prevalence of suicide ideation in two districts of Uganda. *Arch Suicide Res* 2005;9(4):321–32.
13. Ndeti DM, Khasakhala LI, Mutiso V, Mwayo AW. Suicidality and depression among adult patients admitted in general medical facilities in Kenya. *Ann Gen Psychiatry* 2010;9:7.
14. Chidarikire M. Male suicide phenomena in Zimbabwe: drivers, obstacles and strategic interventions. London: Deep Science Publishing; 2025.
15. Mohammed AD, Menna T, Ayalew M, Teshome T, Alayu M, Tesfay N. Prevalence and factors associated with suicidal ideation and attempts among mentally ill patients in the psychiatry OPD at St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. *Front Child Adolesc Psychiatry* 2024;3:1342257.
16. Garnett M, Zehner A, Storandt R. Changes in suicide rates in the United States from 2022 to 2023. *National Center for Health Statistics (US)* 2025;541:1–9.
17. Kumar MB, Tjepkema MW. Suicide among first nations people, Métis and Inuit (2011–2016): finding from the 2011 Canadian census health and environment cohort (CanCHEC). Ottawa: Statistics Canada = Statistique Canada; 2019.
18. Australian Institute of Health and Welfare. Australian Institute of Health and Welfare [Internet]. First nations people – suicide & self-harm monitoring 2025 cited 2025 December 28-. Available from: URL: <https://www.aihw.gov.au/suicide-self-harm-monitoring/population-groups/first-nations-people>
19. РЗС. База података [Интернет]. Републички завод за статистику 2024 „цитирано 2025 дец 19. Доступно на: URL: <https://data.stat.gov.rs/Home/Result/3102010801?languageCode=sr-Cyrl>
20. Vuković O, Jašović GM. Alcoholism and suicide. *Engrami* 2005;27(1–2):47–51.
21. Kesić A, Vučinić D, Marković J, Jančić J. Suicide attempts among children and adolescents. *Engrami* 2016;38(1):19–27.
22. Marengo D, Settanni M, Mastrokoulou S, Fabris MA, Longobardi C. Social media linked to early adolescent suicidal thoughts via cyberbullying and internalizing symptoms. *Int Journal of Bullying Prevention* 2024.
23. Patchin JW, Hinduja S, Meldrum RC. Digital self-harm and suicidality among adolescents. *Child Adolesc Ment Health* 2023;28(1):52–9.
24. Torok M, Calear AL, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *J Adolesc* 2019;73:100–12.
25. Morton M, Wang S, Tse K, Chung C, Bergmans Y, Ceniti A, et al. Gatekeeper training for friends and family of individuals at risk of suicide: A systematic review. *J Community Psychol* 2021;49(6):1838–71.
26. Güler C, Kaya K, Acu BG. Self-stigma to psychological help-seeking among university students in the health sciences: the role of suicide literacy, suicide stigma, and other predictors. *BMC Psychol* 2025;13(1):779.
27. Stanojević D, Pavlović Babić D, Matković G, Petrović J, Arandarenko M, Gejli N, et al. Nacionalni izveštaj o ljudskom razvoju – Srbija 2022: Ljudski razvoj kao odgovor na demografske promene. Beograd: UNDP Srbija; 2022.
28. UNICEF Srbija. Mentalno zdravlje i blagostanje [Internet]. UNICEF Srbija 2025 citirano 2025 dec 22. Dostupno na: URL: <https://www.unicef.org/serbia/mentalno-zdravlje-i-blagostanje>
29. Špadijer–Džinić J. Samoubistva u Vojvodini (1959–1963). Beograd: Institut za kriminološka i kriminalistička istraživanja; 1966.
30. Стратегија за заштиту менталног здравља у Србији за период 2019–2026. године, Службени гласник Републике Србије, бр. 30/18.
31. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 2017;143(2):187–232.
32. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Letter to the Editor: Suicide as a complex classification problem: machine learning and related techniques can advance suicide prediction – a reply to Roaldset (2016). *Psychol Med* 2016;46(9):2009–10.
33. Klonsky ED, Pachkowski MC, Shahnaz A, May AM. The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Prev Med* 2021;152(1):106549.
34. Pigeon WR, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry* 2012;73(9):1160–7.
35. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Medicine* 2014;15(2):248–54.
36. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2005.
37. Gould MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932:200–21.
38. Bauman S, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *J Adolesc* 2013;36(2):341–50.
39. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(3):420–36.
40. Czeisler ME. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1049–57.
41. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30(1):23–39.
42. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998;18(7):765–94.
43. Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, Schmeelk-Cone K, Petrova M, Yu Q, et al. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health* 2010;100(9):1653–61.
44. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev* 2011;82(1):405–32.
45. Conwell Y. Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. *Am J Prev Med* 2014;47(3):244–50.
46. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex* 2011;58(1):10–51.
47. Tarrrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif* 2008;32(1):77–108.
48. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72(5):475–82.
49. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:307–30.
50. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE Jr, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, Van Orden K, Witte T. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36(3):255–62.
51. Bagge CL, Littlefield AK, Wiegand TJ, Hawkins E, Trim RS, Schumacher JA, Conner KR. A controlled examination of acute warning signs for suicide attempts among hospitalized patients. *Psychol Med* 2023;53(7):2768–76.

52. (109-52) Ryan EP, Oquendo MA. Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020;18(2):88-99.
53. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 2010;117(2):575-600.
54. Heeringen K van, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry* 2014;1(1):63-72.
55. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Huang YY, Ellis SP, Mann JJ. Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biol Psychiatry* 2001;50(10):783-91.
56. Cremniter D, Jamain S, Kollenbach K, Alvarez JC, Lecrubier Y, Gilton A, et al. CSF 5-HIAA levels are lower in impulsive as compared to nonimpulsive violent suicide attempters and control subjects. *Biol Psychiatry* 1999;45(12):1572-9.
57. Johnston JAY, Wang F, Liu J, Blond BN, Wallace A, Liu J, et al. Multimodal neuroimaging of frontolimbic structure and function associated with suicide attempts in adolescents and young adults with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2017;174(7):667-75.
58. Schmaal L, van Harmelen AL, Chatzi V, Lippard ETC, Toenders YJ, Averill LA, et al. Imaging suicidal thoughts and behaviors: a comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies. *Mol Psychiatry* 2020;25(2):408-27.
59. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133(1):13-24.
60. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson EC, Glowinski AL, Goldberg J, et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med* 2002;32(1):11-24.
61. Lim KX, Krebs G, Rimpfeld K, Pingault JB, Rijdsdijk FV. Investigating the genetic and environmental aetiologies of non-suicidal and suicidal self-harm: a twin study. *Psychol Med* 2021;52(15):1-11.
62. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009;12(3):342-8.
63. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387(10024):1227-39.
64. O'Donovan A, Rush G, Hoatam G, Hughes BM, McCrohan A, Kelleher C, et al. Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2013;30(4):307-14.
65. Bunevicius R. Thyroid disorders in mental patients. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(4):391-5.
66. Grudet C, Malm J, Westrin A, Brundin L. Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood. *Psychoneuroendocrinology* 2014;50:210-9.
67. Anglin RES, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013;202:100-7.
68. Coppen A, Bolander-Gouaille C. Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12. *J Psychopharmacol* 2005;19(1):59-65.
69. Bjelland I, Tell GS, Vollset SE, Refsum H, Ueland PM. Folate, vitamin B12, homocysteine, and the MTHFR 677C>T polymorphism in anxiety and depression: the Hordaland homocysteine study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(6):618-26.
70. Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch General Psychiatry* 1996;53(11):1033-9.
71. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
72. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985;142(5):559-63.
73. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(3):180-206.
74. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-66.
75. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006;163(1):20-6.
76. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 2002;53(6):738-42.
77. Weinberg A, Klonsky ED, Hajcak G. Autonomic impairment in borderline personality disorder: a laboratory investigation. *Brain Cogn* 2009;71(3):279-86.
78. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cogn Ther Res* 2012;36(6):833-9.
79. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55(1):68-78.
80. Sowislo JE, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2013;139(1):213-40.
81. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarriner N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev* 2011;31(4):563-91.
82. Batty GD, Kivimäki M, Deary IJ. Intelligence, education, and mortality. *BMJ* 2010;340:c563.
83. Voracek M. Social ecology of intelligence and suicide in the United States. *Percept Mot Skills* 2006;102(3):767-75.
84. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol* 1991;60(3):456-70.
85. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(9):801-7.
86. Bowlby J. *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. Vol. III. New York: Basic Books; 1980.
87. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attach Hum Dev* 2013;15(4):368-83.
88. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Walker Payne M, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(9):911-9.
89. Martínez I, García JF. Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *Span J Psychol* 2007;10(2):338-48.
90. Devčić I. *Doprinos obiteljskih čimbenika suicidalnim simptomima adolescenata [Master rad]*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2021.
91. Wagner BM. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychol Bull* 1997;121(2):246-98.
92. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry* 2009;166(7):786-94.
93. Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Långström N, Brent DA, Runeson B. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(5):514-23.
94. van Harmelen AL, Gibson JL, St Clair MC, Owens M, Brodbeck J, Dunn V, et al. Friendships and family support reduce subsequent depressive symptoms in at-risk adolescents. *PLoS One* 2016;11(5):e0153715.
95. McHale SM, Updegraff KA, Whiteman SD. Sibling relationships and influences in childhood and adolescence. *J Marriage Fam* 2012;74(5):913-30.
96. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, et al. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled

- trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(2):122–31.
97. Durkheim E. *Suicide: a study in sociology*. 2nd edn. London: Routledge; 2005.
98. Standing G. *The precariat: the new dangerous class*. 1st edn. London: Bloomsbury Publishing Plc; 2011.
99. Bauman Z. *The individualized society*. Cambridge: Polity; 2004.
100. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013;347:f5239.
101. Hatzenbuehler ML. The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics* 2011;127(5):896–903.
102. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 2013;8 (1):e51333.
103. Corrigan PW, Watson AC, Heyrman ML, Warpinski A, Gracia G, Slopen N, et al. Structural stigma in state legislation. *Psychiatric Services* 2005;56(5):557–63.
104. Frankl VE. *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Simon & Schuster; 1984.
105. Shneidman ES. Commentary: suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(3):145–7.
106. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30(2):145–62.
107. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):1–23.
108. Jović B. Suicide and religion. *Engrami* 2004;26(3–4):69–75.
109. Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press; 2012.