

Osobni i kontekstualni prediktori samoozljeđivanja adolescenata

Petričić, Antica

Professional thesis / Završni specijalistički

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:742017>

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

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



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)





Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Antica Petričić

OSOBNI I KONTEKSTUALNI PREDIKTORI SAMOOZLJEĐIVANJA ADOLESCENATA

Specijalistički rad

Zagreb, 2020.



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Antica Petričić

OSOBNI I KONTEKSTUALNI PREDIKTORI SAMOOZLJEĐIVANJA ADOLESCENATA

Specijalistički rad

Mentorica: prof. dr.sc. Anita Vulić Prtorić

Zagreb, 2020.

POSILIJEDIPLOMSKI SPECIJALISTIČKI STUDIJ IZ KLINIČKE PSIHOLOGIJE

Specijalistički rad obranjen je 03.07.2020. pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

- 1. prof. dr. sc. Nataša Jokić Begić**
predsjednica povjerenstva
- 2. prof. dr. sc. Gordana Kuterovac Jagodić**
članica povjerenstva
- 3. prof. dr. sc. Anita Vulić Prtorić** (Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru)
članica povjerenstva

Zahvaljujem se,

svojoj mentorici prof. dr.sc. Aniti Vulić Prtorić na podršci i savjetima prije i za vrijeme izrade ovog rada;

Općoj bolnici Zadar koja mi je omogućila pohađanje ovog poslijediplomskog studija;

mojim prijateljicama i kolegicama Mariji i Sandri na stručnim savjetima i podršci;

posebno i veliko hvala mojoj obitelji, Ivanu, Petri Eleni, Steli, mami, Zdenku na razumijevanju, strpljenju i bezrezervnoj podršci.

Specijalistički rad posvećujem sjećanju na mentoricu Patriciju Padelin, prof. koja je nesebično dijelila svoje znanje i bila velika podrška u počecima mojeg kliničkog rada.

Životopis mentorice

Prof. dr. sc. Anita Vulić Prtorić redovita je profesorica na Odjelu za psihologiju Sveučilišta u Zadru. Od 2007. godine voditeljica je Katedre za kliničku i zdravstvenu psihologiju. Nastavnica je na Poslijediplomskom specijalističkom studiju iz kliničke psihologije i Poslijediplomskom doktorskom studiju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, te na Odsjeku za psihologiju Hrvatskog katoličkog sveučilišta.

Od 1996. do danas bila je voditeljica i suradnica nekoliko znanstveno – istraživačkih projekata. Od 2009. godine predstavnica je Sveučilišta u Zadru u TEMPUS projektu EduQuality - Education for Equal Opportunities at Croatian Universities. Od 2006. suradnica na međunarodnom Tempus projektu Developing University Counseling and Advisory Services (DUCAS). Od 2006.-2009. voditeljica znanstveno-istraživačkog projekta (MZOS RH) Psihosocijalni aspekti zdravlja djece i adolescenata. Od 2006.-2009. suradnica na znanstveno-istraživačkom projektu (MZOS RH) Medijacijska uloga emocija u procesu samoregulacije učenja. Od 2002. – 2006. voditeljica znanstveno-istraživačkog projekta (MZOS RH) Psihosocijalni aspekti psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji. Od 1996. - 2002. suradnica na znanstveno-istraživačkom projektu (MZOS RH) Osobni i okolinski faktori reakcija na stres.

Vodila je brojne stručne edukacije iz razvojne psihopatologije i psihodijagnostike, te se stručno usavršavala iz različitih psihoterapijskih pravaca (edukacija iz biheviornih terapija, edukacija iz transakcijske analize, edukacija iz geštalt terapije) kao i iz područja psihotraume i kriznih intervencija. Godine 2007. pokrenula je osnivanje Studentskog savjetništva Sveučilišta u Zadru i bila je voditeljica do 2015. godine. Područje stručnog i znanstvenog interesa je klinička psihologija djetinjstva i adolescencije, psihodijagnostika, prevencija, psihološka pomoć, savjetovanje i psihoterapija u radu s djecom i adolescentima.

U znanstvenom radu bavi se područjem djelovanja različitih rizičnih i zaštitnih čimbenika na zdravstvene ishode i psihopatologiju u djetinjstvu i adolescenciji. Ukupno do sada prezentirala je rezultate istraživanja u više od stotinu znanstvenih i stručnih radova u časopisima i zbornicima radova, te konferencijskih priopćenja u zemlji i inozemstvu. Objavila je sveučilišni udžbenik (Depresivnost u djece i adolescenata), u koautorstvu znanstvenu monografiju (Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji) koja je objavljena i na engleskom jeziku (Child and Adolescent Clinical Psychology: Research Review), te 4 priručnika iz područja

psihodijagnostike (Priručnik za Skalu strategija suočavanja sa stresom za djecu i adolescente, Priručnik za Skalu depresivnosti za djecu i adolescente, Priručnik za Skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente, Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji).

Članica je Hrvatskog psihološkog društva, Hrvatske psihološke komore, Hrvatskog udruženja za psihosomatska istraživanja, Hrvatskog društva za dječju i adolescentnu psihijatriju.

Dobitnica je nagrade HPD-a „Marko Marulić“ (2008.), psihologijske nagrade “Zoran Bujas” (2005.), rektorove nagrade Sveučilišta u Zadru (2004.).

SAŽETAK

Samoozljeđivanjem se smatra samostalno, namjerno nanošenje štete vlastitom tijelu, a ozljeda je dovoljno jaka da dovodi do oštećenja tkiva. Prema najnovijim rezultatima epidemioloških studija svaki četvrti adolescent razmišlja o samoozljeđivanju, a svaki peti ili šesti se samoozljeđuje. Samoozljeđivanje je češće u djevojaka nego u mladića, uobičajeno se počinje javljati u dobi između 12. i 14. godine života, s vrhuncem pojavljivanja između 15. i 17. godine. Većina autora smatra da samoozljeđivanje uglavnom u osnovi nema suicidalne namjere, ali povećava suicidalni rizik. U novije se vrijeme razmatra kao novi dijagnostički entitet, te se u DSM 5 klasifikaciji bolesti spominje pod kategorijom „stanja za daljnja istraživanja“. Obzirom na složenost samoozljeđivanja cilj ovog rada je dati cjeloviti prikaz osobnih i kontekstualnih rizičnih i zaštitnih prediktora samoozljeđivanja. Istraživanja pokazuju da samoozljeđivanju samostalno doprinosi niz osobnih i kontekstualnih čimbenika i njihova interakcija. Iako prediktivna snaga pojedinih faktora varira ovisno o načinu provedbe istraživanja, pregledom radova pokazalo se da su najčešće navođeni rizični osobni faktori za samoozljeđivanje: ženski rod, različite osobine ličnosti kao što su neuroticizam, agresivnost, impulzivnost, negativna slika o sebi, rana traumatska iskustva i nesigurna privrženost, te depresivni poremećaj. Od rizičnih kontekstualnih faktora najčešće se opisuju problemi unutar obitelji karakterizirani lošom komunikacijom, zanemarivanjem i zlostavljanjem, odrastanje u lošim socio-ekonomskim uvjetima te nerealna očekivanja i pritisak obitelji zbog školskog uspjeha. Istraživanja ukazuju da je utjecaj psihopatologije roditelja na samoozljeđivanje djeteta posredovan psihološkim karakteristikama djeteta. Teorije koje pokušavaju objasniti samoozljeđivanje uglavnom proizlaze iz bihevioralne paradigme, a novija istraživanja potvrđuju i teoriju socijalnog učenja, te se kao važan kontekstualni čimbenik ističe oponašanje vršnjaka. Osmišljeno je više tretmana za terapiju samoozljeđivanja a najefikasnijima su se pokazale kognitivno-bihevioralne terapije, od kojih se posebno ističe dijalektička bihevioralna terapija. U novije vrijeme sve više se prepoznaje potencijal korištenja društvenih mreža i foruma u preventivske i terapijske svrhe, te se osmišljavaju različiti programi i aplikacije putem kojih mladi mogu dobiti pomoć.

Ključne riječi: samoozljeđivanje, osobni i kontekstualni rizični i zaštitni prediktori, samoozljeđivanje učenjem po modelu, tretman samoozljeđivanja

SUMMARY

Self-harming is considered an independent, intentional infliction of injury to one's own body, where the injury is severe enough to lead to tissue damage. According to the latest epidemiological studies, one in four adolescents thinks about self-harming, and one in five or one in six adolescents harm themselves. Self-harming is more common in girls than in boys, it usually occurs between the ages of 12 and 14, with a peak incidence between the ages of 15 and 17. Most authors believe that self-harming generally has no suicidal intent at all, but it increases suicidal risk. Recently, it is considered as a new diagnostic entity, and is mentioned in the DSM 5 classification of diseases under the category of "conditions for further research". Given the complexity of self-harming, the aim of this paper is to provide a comprehensive overview of personal and contextual risk and protective predictors of self-harming. Research shows that a number of personal and contextual factors and their interactions individually contribute to self-harming. Although the predictive power of individual factors varies depending on the way the research is conducted, a review of the papers showed that the most common risk factors for self-harming are: female gender, various personality traits such as neuroticism, aggression, impulsivity, negative self-image, early traumatic experiences and insecure attachment, and depressive disorder. Most common risk contextual factors are: family problems characterized by poor communication, neglect and abuse, growing up in poor socio-economic conditions, and unrealistic expectations and family pressure in relation to school success. Research indicates that the influence of parental psychopathology on a child's self-harm is mediated by the child's psychological characteristics. Theories that try to explain self-harming mostly derive from the behavioral paradigm, and recent research also confirms the theory of social learning, and imitation of peers as an important contextual factor. Several treatments for self-harming have been designed, and cognitive-behavioral therapies have proven to be the most effective ones, especially dialectical behavioral therapy. In recent times, the potential of using social networks and forums for prevention and therapeutic purposes is increasingly recognized, and various programs and applications are being designed through which young people can get help.

Keywords: self-harming, personal and contextual risk and protective predictors, model-based self-harming, self-harming treatment

SADRŽAJ

1. UVOD

1.1. Definicija konstrukta samoozljeđivanja	1
1.2. Klinička slika samoozljeđivanja.....	3
1.3. Prevalencija samoozljeđivanja.....	4
1.4. Samoozljeđivanje i suicidalni rizik.....	5
1.4.1. Nsuicidalno vs. suicidalno samoozljeđivanje	7

2. METODOLOGIJA

2.1. Metoda.....	9
2.2. Organizacija informacija	10

3. TEORIJE ETIOLOGIJE SAMOOZLJEĐIVANJA

3.1. Teorije povezanosti nesuicidalnog samoozljeđivanja i suicida.....	12
--	----

4. ISTRAŽIVANJA SAMOOZLJEĐIVANJA.....

4.1. Pregled mjernih instrumenata	15
4.2. Osvrt na metodologiju istraživanja.....	19

5. RIZIČNI I ZAŠTITNI PREDIKTORI SAMOOZLJEĐIVANJA.....

5.1. Osobni rizični i zaštitni prediktori.....	24
5.1.1. Sociodemografske karakteristike (spol, dob).....	24
5.1.2. Psihološke karakteristike.....	24
5.1.3. Psihički poremećaji.....	27
5.1.4. Neurobiološki čimbenici.....	31
5.2. Kontekstualni rizični i zaštitni čimbenici.....	31
5.2.1. Obiteljski čimbenici.....	31
5.2.2. Traumatski događaji (zlostavljanje) i samoozljeđivanje člana obitelji.....	33
5.2.3. Socijalna okolina (vršnjaci, škola).....	35
5.2.4. Samoozljeđivanje učenjem po modelu.....	36

5.2.5. Samoozljeđivanje i medijski sadržaji.....	38
6. PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE I TRETMANI SAMOOZLJEĐIVANJA.....	42
6.1. Individualni i grupni tretmani.....	45
6.2. Kombinirani individualni tretman i tretman roditelja.....	46
6.3. Tretman obitelji.....	48
6.4. Kratke intervencije u okviru 1 seanse.....	49
6.5. Istraživanja učinkovitosti tretmana.....	51
6.6. Prevencija i rana intervencija.....	54
7. RASPRAVA I ZAKLJUČAK.....	56
8. LITERATURA	63
9. PRILOG.....	80
ŽIVOTOPIS.....	81

1. UVOD

1.1. Definicija konstrukta samoozljeđivanja

Samoozljeđivanjem se smatra samostalno, namjerno nanošenje štete vlastitom tijelu, a ozljeda je dovoljno jaka da dovodi do oštećenja tkiva. Zbog rasprostranjenosti među adolescentima i štetnog utjecaja na tjelesno i psihičko zdravlje i socijalno funkcioniranje značajan je javno zdravstveni problem mladih. Najčešće ima početak u adolescenciji u dobi između 12 i 14 godina (Jacobson i Gould, 2007; Zetterqvist i sur., 2013), povezano je s nizom psiholoških teškoća i učestalije je u adolescentica (Plener i sur., 2009; Hawton i sur., 2012). Vrhunac pojave je u dobi između 15 i 17 godina, a nakon 17.-te godine incidencija naglo opada i smanjuje se ulaskom u mlađu odraslu dob (Plener i sur., 2015). Oko 1% onih koji se samoozljeđuju nastavljaju sa samoozljeđivanjem u mlađoj odrasloj dobi (Moran i sur., 2012).

Postoje različiti oblici samoozljeđivanja: rezanje (žiletima, staklom, oštrim predmetima), grebanje, čupkanje kože, kose, izazivanje opekline (gašenjem cigareta, svijećom, šibicama), udaranje (rukama i/ili glavom o zid, udaranje tijela nekim težim predmetom, nabijanje na šiljaste predmete...), lomljenje kostiju, onemogućavanje ranama da zarastu, gutanje nejestivih predmeta (magneti, baterije, oštri predmeti). Najčešći oblik je samoozljeđivanje rezanjem žiletom, nožem ili drugim oštrim predmetima po podlakticama i unutarnjoj strani bedara. Neka istraživanja pokazuju rodne razlike u načinima samoozljeđivanja, tako djevojčice najčešće koriste rezanje, a dječaci udaranje i paljenje kao metodu samoozljeđivanja (Hamza i sur., 2012 prema Andover, 2010; Brunner i sur., 2014). Istraživanja također pokazuju da većina osoba koje se samoozljeđuju koristi višestruke metode samoozljeđivanja, primjerice grebanje u kombinaciji s rezanjem i paljenjem kože (Ercegović i sur., 2018; Sičić i Mužinić, 2008). Rezanje je povezano s većom psihopatologijom, češćim hospitalizacijama, suicidalnim mislima i ponašanjima u odnosu na druge oblike samoozljeđivanja tipa nedopuštanje ranama da zarastu, lupanje glavom, i sl. (Tang i sur., 2011). Samoozljeđivanje se može pojavljivati u okviru kliničke slike različitih psihijatrijskih poremećaja (primjerice psihotičnih poremećaja, depresivnog poremećaja, graničnog poremećaja ličnosti, poremećaja ponašanja, poremećaja hranjenja, zlorabe tvari...), ali nalazimo ga i kod osoba bez kliničke dijagnoze.

Prvotno se samoozljeđivanjem (engl. *self-harming* – *SH*) smatralo svako namjerno ozljeđivanje ili trovanje neovisno o namjeri, a koje nije imalo fatalan ishod. Termin „namjerno

samonađivanje“ (eng. *deliberate self harming – DSH*) se u početku koristio u SAD-u za ponavljano samoozljeđivanje bez suicidalne namjere, u Velikoj Britaniji se koristio termin samoozljeđivanje („*self-injury*“). (Butler i Malone, 2013) Termin namjerno samoozljeđivanje se i dalje koristi u europskim zemljama i Australiji, dok se u SAD-u i Kanadi koristi termin nesuicidalno samoozljeđivanje koje se definira kao namjerno samopovređivanje vlastitog tijela bez suicidalne namjere, te isključuje sva ponašanja s bilo kojom razinom suicidalne namjere. Najčešće uključuje metode kao što su grebanje kože, griženje, rezanje, paljenje, udaranje samog sebe tvrdim predmetima, lupanje glavom ili udaranje tijelom od zid (Clarke i sur., 2019; Muehlenkamp i sur., 2012). Obzirom na to postoji li ili ne suicidalna namjera, u literaturi koja se bavi ovom tematikom neki autori smatraju da se može jasno razlikovati samoozljeđivanje koje nema suicidalnu namjeru tzv. nesuicidalno samoozljeđivanje (engl. *nonsuicidal self injury - NSSI*) i samoozljeđivanje sa suicidalnom namjerom odnosno suicidalni pokušaji (engl. *suicidal attempt - SA*) (Nock i Kessler, 2006; Muehlenkamp i Kerr, 2010; Nock, 2010). Suprotno tome drugi autori smatraju da je samoozljeđivanje sa i bez suicidalne namjere bolje konceptualizirati uzduž kontinuuma, a ne kao dvije odvojene kategorije (Kapur i sur., 2013). Predlažu da bi uzduž tog kontinuuma samoozljeđivanje bilo na jednom kraju, a na suprotnom izvršenje suicida. Također, Kapur i suradnici (2013) navode potencijalne probleme s definiranjem nesuicidalnog samoozljeđivanja kao takvog. Kao prvo smatraju da je naziv „nesuicidalno“ zabluda jer se zna da postoji povezanost između samoozljeđivanja i suicidalnog ponašanja, te je samoozljeđivanje jedan od značajnih rizičnih faktora za pokušaj suicida. Čak i epizode samoozljeđivanja u kojima nema suicidalne namjere su povezane s povećanim suicidalnim rizikom. Također paradoksalnim smatraju činjenicu da samotrovanje ne može biti uključeno u nesuicidalno samoozljeđivanje čak i kada osoba kategorički navodi da nije suicidalna. Kao treće ističu činjenicu da se metode samoozljeđivanja mijenjaju tijekom vremena kod jedne te iste osobe. Promjena metoda je posebno karakteristična za osobe koje se režu, a rezanje najčešće zamijene trovanjem. Također, ističu da jedan od problema naziva nesuicidalno samoozljeđivanje bi mogao biti i taj da adolescenti s takvom dijagnozom neće biti shvaćeni dovoljno ozbiljno i neće dobiti adekvatan tretman (Kapur i sur., 2013). S druge strane imamo autore koji smatraju da nesuicidalno samoozljeđivanje treba biti odvojena dijagnoza, jer se razlikuje od suicidalnih pokušaja po etiologiji, namjeri, motivima, letalnosti korištenih metoda, kogniciji, prevalenciji i posljedicama. Smatraju da bi upravo definiranje nesuicidalnog samoozljeđivanja kao odvojene dijagnoze

moglo doprinjeti boljem razumijevanju ovog poremećaja i osmišljavanju efikasnih tretmana (Butler i Malone, 2013; Nock i Kessler, 2006; Plener i Fegert, 2012)

1.2. Klinička slika samoozljeđivanja

U DSM-IV suicidalni pokušaji i nesuicidalno samoozljeđivanje su bili navedeni samo kao dio simptomatologije drugih poremećaja. Tako je nesuicidalno samoozljeđivanje smatrano simptomom graničnog poremećaja. U DSM-5 poremećaj sa suicidalnim ponašanjem i nesuicidalno samoozljeđivanje se razmatraju kao nove dijagnoze i svrstani su pod „stanja za daljnja istraživanja“. Predloženi kriteriji za nesuicidalno samoozljeđivanje su (Američka psihijatrijska udruga, 2014):

A. osoba je tijekom posljednjih godinu dana sudjelovala 5 ili više dana u hotimičnom samoozljeđivanju površine svoga tijela one vrste koja može izazvati krvarenje, modrice ili bol (rezanje, paljenje, ubadanje, udaranje). Ozljede koje se nanose su plitke, a osoba očekuje da će ozljeda dovesti do samo manjeg ili umjerenog tjelesnog oštećenja. Nema suicidalne namjere, a što se procjenjuje na temelju priopćenja same osobe ili se može zaključiti na temelju ponašanja osobe, tj. na temelju ponavljanja samoozljeđivanja za koje osoba zna ili je naučila da vjerojatno neće uzrokovati smrt.

B. Samoozljeđuje se s očekivanjem postizanja olakšanja od nekog negativnog emotivnog ili kognitivnog stanja, razrješenja neke interpersonalne teškoće ili izazivanja nekog pozitivnog emocionalnog stanja.

C. Povezano je s najmanje jednim od slijedećeg: 1. Teškoće u međuljudskim odnosima ili negativne emocije (tjeskoba, napetost, ljutnja, patnja) koje se zbiva neposredno prije samoozljeđujućeg čina; 2. Zaokupljenost namjeravanim ponašanjem koje je teško kontrolirati; 3. Razmišljanje o samoozljeđivanju koje se pojavljuje kada se ono i ne poduzima.

D. Nije socijalno prihvatljivo i nije ograničeno na trganje krasta ili grizenje noktiju.

E. Uzrokuje klinički značajnu patnju.

F. Ne pojavljuje se isključivo tijekom psihotičnih epizoda, delirija, intoksikacije psihoaktivnom tvari ili sustezanjem od istih. Nije dio obrasca ponavljajućih stereotipija, ne može se bolje objasniti drugim psihičkim poremećajem (psihotični poremećaj, poremećaj iz spektra autizma, intelektualna onesposobljenost, poremećaj sa stereotipnim pokretima, trihotilomanija, ekskorijacijski poremećaj).

1.3. Prevalencija samoozljeđivanja

Stopa prevalencije samoozljeđivanja u općoj populaciji je 13 – 25% (Jacobson i Gould, 2007; Nock i sur., 2006), a u kliničkim populacijama adolescenata 40-60 % (Muehlenkamp i sur. 2012; Swannell i sur., 2014; Nock, M.K., 2010; Asarnow i sur. 2011; Wilkinson i sur., 2011).

Neka istraživanja pokazuju da nema razlike u nesuicidalnom samoozljeđivanju kod različitih etničkih skupina (Jacobson i sur., 2008; Plener i sur., 2009), dok podaci u drugim istraživanjima upućuju da su bijelci u povećanom riziku za nesuicidalno samoozljeđivanje (Hamza i sur., 2012. prema Muehlenkamp i Gutierrez, 2004). Istraživanje u kojem je korištena ista metodologija i terminologija je ono Plener i suradnika (2009) u kojem su uspoređivane prevalencije nesuicidalnog samoozljeđivanja, samoozljeđivanja sa suicidalnom namjerom, prijetnje suicidom i suicidalne ideje kod adolescenata u Njemačkoj i SAD-u. Rezultati ukazuju da nema značajne razlike u prevalenciji samoozljeđivanja između te dvije države. Tako je dobiveno da je prevalencija nesuicidalnog samoozljeđivanja u Njemačkoj 25,6%, a u SAD-u 23,6%. U jednom drugom istraživanju Wan i suradnici (2019) su dobili da je u Kini prevalencija 26,1%. U istraživanju CASE prevalencija samoozljeđivanja je bila slična u većini zemalja u kojima se vršilo ispitivanje (Engleska, Irska, Norveška, Belgija, Australija), a nešto manja u Nizozemskoj i Mađarskoj (Madge i sur. 2008). Ovi podaci bi mogli ukazivati da nema značajnih razlika u prevalenciji samoozljeđivanja među razvijenim zemljama.

1.4. Samoozljeđivanje i suicidalni rizik

Povezanost između samoubojstva i samoozljeđivanja je vrlo složena i multideterminirana, a kliničari često moraju odgovoriti na pitanja da li kod pacijenta postoji rizik za suicid i nastavak samoozljeđivanja. Većina autora smatra da iako samoozljeđivanje uglavnom u osnovi nema suicidalne namjere, već dijelom ovisnički karakter, znatno povećava suicidalni rizik ne samo jer potencijalno može ugroziti život nego i jer se pokazalo da se uz nesuicidalno samoozljeđivanje mogu povremeno javljati i suicidalne misli i pokušaji (Sivertsen i sur., 2019; O Connor i sur., 2018; Klonsky i sur., 2013; Andover i sur., 2012; Hamza i sur., 2012; Ougrin i sur., 2012; Muehlenkamp i sur., 2011; Jacobson i sur., 2008; Nock i sur., 2006). Rizik za suicid kod osoba koje su sklone ponavljajućem samoozljeđivanju je i do 100 puta veći u odnosu na opću populaciju (Nock, 2010). Prema podacima dobivenim u istraživanju o samoozljeđivanju mladih u Europi i Australiji (CASE) koje su proveli Madge i suradnici (2008) na 30 000 adolescenata u sedam zemalja tri od deset djevojaka i jedan od deset mladića se samoozljeđuju i/ili imaju misli o samoozljeđivanju. U tom istom istraživanju preko 80% ispitanika navelo je više od jednog motiva za samoozljeđivanje, a 59% je izjavilo da su imali i suicidalne misli. Najčešće spominjani motivi za samoozljeđivanje su bili: želja za oslobađanjem od negativnih emocija, želja da se umre i želja za samokažnjavanjem. Isto potvrđuju istraživanja Hansson i suradnika (2019) i Glenn i suradnika (2017) u kojima se pokazalo da su se kod većine sudionika za vrijeme samoozljeđivanja u jednom periodu javljale i suicidalne misli i ideje. Nadalje, u istraživanju Glenn i suradnika (2017) trećina sudionika je navela da su uz neusuicidalno samoozljeđivanje imali suicidalne pokušaje. Podaci su u skladu s istraživanjima u kojima se navodi da se kod 40-60 % osoba koje su počinile suicid prije samoubojstva javljalo samoozljeđivanje (Nock i sur., 2006), da u kliničkoj populaciji 24-30% adolescenata koji su imali nesuicidalno samoozljeđivanje su imali i pokušaj suicida, a u općoj populaciji njih 4-8 %, te da oko 70% adolescenata koji se samoozljeđuju ujedno izvještavaju i o suicidalnim mislima i pokušajima (Asarnow i sur., 2011; Hawton i sur., 2012; Andover i sur., 2012; Zetterqvist i sur., 2013). U više istraživanja se pokazalo da je nesuicidalno samoozljeđivanje najznačajniji prediktor budućih suicidalnih pokušaja (Muehlenkamp i Kerr, 2010; Asarnow i sur., 2011; Tang i sur., 2011; Glenn i Klonsky, 2011; Hawton, Saunders, O Connor, 2012; Brent i sur., 2013; Whitlock i sur., 2013), čak više i od depresije (Asarnow i sur., 2011; Tang i sur., 2011; Brent, 2011), obiteljskog funkcioniranja i osjećaja beznađa (Wilkinson i sur., 2011), graničnog

poremećaja ličnosti (Ayodeji, 2015), PTSP-a i zlostavljanja u djetinjstvu (Asarnow i suradnici, 2011), a posebno ako se javlja u komorbiditetu s depresivnim poremećajem (Clarke, i sur., 2019; Wilkinson i sur. 2011; Asarnow i sur., 2011). Također povećava rizik za razvoj psihosocijalnih problema kasnije u životu (Borschmann i sur., 2017). Nadalje, pokazalo se da je nesuicidalno samoozljeđivanje i longitudinalno prediktor suicidalnih pokušaja, što su pokazala dva istraživanja (Asarnow i sur., 2011; Wilkinson i sur., 2011) koja su uključivala adolescente koji su bili u tretmanu radi depresije. U oba navedena istraživanja suicidalni pokušaji nisu bili prediktor nesuicidalnog samoozljeđivanja. Također, pokazalo se da nesuicidalno samoozljeđivanje doprinosi značajno većem riziku za suicidalne pokušaje, neovisno o dobi, spolu, socioekonomskom statusu (Asarnow i sur., 2011; Tang i sur., 2011; Wilkinson i sur., 2011), te neovisno o metodama i načinu ispitivanja - 1 čestica, lista označavanja ili intervju (Glenn i Klonsky, 2011). Povezanost između nesuicidalnog samoozljeđivanja i suicidalnih pokušaja je to veća što nesuicidalno samoozljeđivanje uključuje ozbiljnije metode samoozljeđivanja. Tako oni koji imaju teže oblike nesuicidalnog samoozljeđivanja (npr. rezanje), u odnosu na one koji imaju blaži oblik (npr. griženje) su u većem riziku za počinjenje suicida (Tang i sur., 2011). Dok jedna skupina istraživanja govori u prilog tome da je nesuicidalno samoozljeđivanje jedan od najznačajnijih prediktora suicidalnih misli i pokušaja druga istraživanja pokazuju da suicidalne ideje prethode prvom samoozljeđivanju, gdje onda samoozljeđivanje služi kao bijeg od suicidalnih pokušaja (Glenn i sur., 2017; Whitlock i sur., 2013).

Kod procjene suicidalnog rizika razlikujemo suicidalne misli i ponašanja. Suicidalne misli ili ideje se odnose na razmišljanje ili planiranje ponašanja kojima je za cilj okončati život. Suicidalna ponašanja su ona koja za cilj imaju okončanje života. Adolescenti koji imaju suicidalne ideje su u većem riziku za počinjenje suicida do 30.-te godine života, te u većem riziku za razvoj psihijatrijskih poremećaja u odrasloj dobi. Više od 1/3 adolescenata koji imaju suicidalne ideje ujedno i pokušaju suicid (Nock, 2010). Razmišljanje o suicidu je najčešće u doba adolescencije, a najveći broj smrti suicidom je u srednjoj odrasloj dobi (Hamza i sur., 2012, prema Nock i sur., 2008). Istraživanja pokazuju da iako više žena pokušava suicid (Plener i sur., 2009), više muškaraca umire suicidom (Hamza i sur., 2012. prema Nock i sur. 2008).

1.4.1. Nesuicidalno vs. suicidalno samoozljeđivanje

Kao jedan od vodećih problema u razlikovanju suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja je to što samoozljeđivanje često, kako je ranije navedeno, u osnovi istovremeno ima višestruke motive koji se mogu mijenjati između epizoda samoozljeđivanja ali i unutar jedne epizode. Međutim, unatoč tome što postoji značajno preklapanje u rizičnim faktorima među suicidalnim i nesuicidalnim samoozljeđivanjem ima nekoliko bitnih razlika uključujući namjeru, učestalost, dob pojavljivanja, stavove prema životu i smrti, te smrtonosnost korištenih metoda (Muehlenkamp i Kerr, 2010; Clarke i sur., 2019). Također, neki rizični faktori su se pokazali izraženiji kod osoba koje u osnovi samoozljeđivanja imaju suicidalne namjere. Tako nesuicidalno samoozljeđivanje uključuje manje smrtonosne metode poput nanošenja plitkih, ali ipak bolnih povreda po površini tijela, izazivanje manjih opekлина upaljačem i sl., griženje, udaranje (Hamza i sur., 2012 prema Andover i Gibb, 2010). Predstavlja način suočavanja čija je funkcija reguliranje preplavljujućih emocija, traženje podrške, najčešće je to poziv u pomoć, a može biti i nastavljanje obrasca zlostavljanja ili manipulacija. Osobe obično navode da im samoozljeđivanje donosi bijeg od praznine, smanjenje napetosti, oslobađanje od bijesa, osjećaj olakšanja, bijeg od obamrlosti ili otupjelosti, te način da pokažu drugima ozbiljnost njihove unutarnje boli (Tomic, 2015). Kod suicidalnog samoozljeđivanja prisutna je želja za okončanjem života, negativan stav prema životu, a pozitivan stav prema smrti, te korištenje smrtonosnijih metoda: primjerice davljenje, vješanje, zadavanje dubljih rana, rezanje zapešća, skakanje s visine, predoziranje, i sl. Što je samoozljeđivanje češće i dugotrajnije i postoji više korištenih metoda samoozljeđivanja to je veća vjerojatnost suicidalne namjere (Tomic, 2015; Dodig-Ćurković i sur., 2013).

Nažalost, ne postoje standardizirani mjerni instrumenti za točnu procjenu suicidalnog rizika niti je poznato koja kombinacija rizičnih faktora najčešće vodi suicidalnom ponašanju, ali ono što je poznato je da povećanje broja rizičnih faktora povećava suicidalni rizik. Uvjeti pod kojima nesuicidalno samoozljeđivanje povećava rizik za suicidalni pokušaj su nejasni, a procjena suicidalnog rizika kod samoozljeđivanja je otežana nizom zajedničkih rizičnih faktora koji se nalaze i kod samoozljeđivanja i kod pokušaja suicida. Istraživanja koja su se bavila suicidalnim ponašanjem adolescenata su pokazala da nema razlike u učestalosti i vrsti psihijatrijskih poremećaja između adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem bez suicidalnih namjera i

adolescenata sa suicidalnim ponašanjem u smislu neuspjelih pokušaja suicida (Tomic, 2015). Za kliničare je važno otkriti koji rizični faktori se javljaju neposredno prije suicidalnih pokušaja. Iako je nabrojen niz takvih faktora, malo je istraživanja koja podupiru te faktore kao indikatore neposrednih suicidalnih pokušaja. Meta analiza 50-godišnjih istraživanja o rizičnim faktorima za suicidalnost je pokazala da je mogućnost da se na temelju rizičnih faktora predvidi suicidalni pokušaj samo nešto bolja od nasumičnog pogađanja (Franklin, Riberio i Fox, 2017, prema Clarke i sur., 2019). Owens i Kelley (2017) navode da se u dvije velike studije pokazala besmislenost pokušaja korištenja upitnika za predviđanje samoubojstva ili ponavljanja samoozljeđivanja, jer nijedna skala ne pruža precizno predviđanje ponavljanja samopovrede. Jedan od glavnih kriterija u procjeni je li neko samozljeđujuće ponašanje suicidalno ili ne je postojanje suicidalne namjere, koja se procjenjuje na temelju iskaza osobe i na temelju metoda i načina samoozljeđivanja. Drugi kriteriji koji se koriste za procjenu suicidalnog rizika su: smrtonosnost korištenih metoda odnosno stupanj samopovređivanja, učestalost samoozljeđivanja, komorbiditet s drugim psihijatrijskim poremećajima, posebno s depresivnim poremećajem, te funkcija samoozljeđujućeg ponašanja.

PROBLEMI:

S obzirom na velik broj faktora koji utječu na samoozljeđivanje cilj ovog rada je dati jasan i cjelovit pregled znanstvenih spoznaja o osobnim i kontekstualnim rizičnim i zaštitnim čimbenicima samoozljeđivanja adolescenata, a kako bi se pokušalo doprinjeti boljem razumijevanju etiologije, razvoja i održavanja samoozljeđivanja, te odabiru što učinkovitijih oblika prevencije i tretmana. Ovaj rad je usmjeren na slijedeća pitanja:

1. Dati pregled teorija kojima se objašnjava etiologija samoozljeđivanja u adolescenciji.
2. Utvrditi koje su se metode psihološke procjene pokazale najboljima/najučinkovitijima u istraživanjima na području samoozljeđivanja.
3. Utvrditi koji su se osobni i kontekstualni čimbenici pokazali rizičnim, a koji zaštitnim za samoozljeđivanje, kako dolazi do samoozljeđivanja učenjem po modelu i koji je utjecaj medijskih sadržaja na samoozljeđivanje.

4. Utvrditi koji su se oblici psihološke intervencije pokazali najdjelotvornijima u prevenciji i terapiji samoozljeđivanja.

2. METODOLOGIJA

2.1. Metoda

Ovaj rad je pregledni članak napisan na temelju pregleda literature iz područja samoozljeđivanja objavljenih u recentnim stručnim časopisima i publikacijama. Rad prezentira recentna saznanja iz ovog područja uključujući metodološke probleme istraživanja na ovom području i teorije kojima se nastoji objasniti etiologija ovog poremećaja. Naglasak je stavljen na radove u kojima su prikazani nalazi o kontekstualnim i osobnim prediktorima samoozljeđivanja adolescenata, razlikovanju suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja i procjeni suicidalnog rizika, utjecaju medijskih sadržaja i psihološkim intervencijama u tretmanu samoozljeđivanja. Najveći broj odabranih radova za ovaj rad objavljen je u posljednjih 10-tak godina, uz pregled nalaza iz starijih radova, ako se radilo o spoznajama koja su relevantne za temu. Radovi su prikupljeni putem elektroničkih baza za pretraživanje (EBSCO, PsychInfo, PubMed, Web of Science i ScienceDirect), a za ovaj rad odabran je 151 relevantan rad. Izbačeni su oni radovi koji su se bavili samoozljeđivanjem isključivo kao dijelom poremećaja iz autističnog spektra, intelektualne onesposobljenosti i/ili psihotičnih poremećaja. Naglasak je stavljen na istraživanja samoozljeđivanja u adolescentnoj dobi, s tim da su uključena i neka istraživanja provedena na mlađoj odrasloj dobi ukoliko su u radovima bile opisane spoznaje relevantne za samoozljeđivanje u adolescenciji. Pretraživani su radovi na hrvatskom i engleskom jeziku. Ključne riječi korištene za pretraživanje literature su bile: „samoozljeđivanje adolescenata“ („adolescent self-harm“) kombinirano s riječima „rizični i zaštitni faktori“ („risk and protective factors“), „tretman samoozljeđivanja“ („treatment of self-harm“), „učinkovitost tretmana samoozljeđivanja“ („efficacy of treatment of self-harm“), „medijski sadržaji“ („media content“), „procjena suicidalnog rizika kod samoozljeđivanja“ („assessment of suicidal risk“), „samoozljeđivanje oponašanjem“ („self-harm by imitation“). Od ukupnog broja odabranih radova 59% se bavi etiologijom, rizičnim i zaštitnim čimbenicima, 9% utjecajem medijskih sadržaja, 18% razlikovanjem suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja, 13% radova se

odnosilo na terapijske intervencije, a 1% na mjerne instrumente. Meta-analitičke studije su uglavnom bile usmjerene na etiologiju i razlikovanje suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja.

2.2. Organizacija informacija

Informacije su organizirane kroz nekoliko većih poglavlja. U prvom se dijelu čitatelje uvodi u područje samoozljeđivanja obrađujući temu definicije, prevalencije, kliničke slike, probleme korištenja različite terminologije i njezina značenja te razlikovanja suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja. Potom je dan osvrt na metodologiju istraživanja i pregled mjernih instrumenata koji su navedeni u radovima obuhvaćenim ovim preglednim radom. Prikazane su predložene teorije za objašnjenje navedenog ponašanja, kao i teorije koje objašnjavaju povezanost samoozljeđivanja i suicida. U najvažnijem i najopsežnijem dijelu rada obrađena je tema osobnih i kontekstualnih zaštitnih i rizičnih prediktora koji dovode do samoozljeđivanja, održavaju ga ili inhibiraju. Dat je i pregled radova o faktorima koji povećavaju suicidalni rizik i pregled radova o samoozljeđivanju učenjem po modelu, te utjecaju medijskih sadržaja na samoozljeđivanje. Potom je dat osvrt na psihološke intervencije i tretmane samoozljeđivanja, te mogućnosti prevencije i rane intervencije. Na kraju je opći zaključak uz opisane spoznaje, ograničenja i probleme istraživanja, te praktične doprinose nalaza u cjelini.

3. TEORIJE ETIOLOGIJE SAMOOZLJEĐIVANJA

Samom činu samoozljeđivanja prethodi osjećaj rastuće ljutnje, napetosti, anksioznosti, disforije, intenzivne patnje ili depersonalizacije za koje osoba osjeća da ne može kontrolirati ili pobjeći od toga. Dovodi do osjećaja neposrednog olakšanja tijekom samog čina i privremenog oslobađanja od negativnih emocija. Kada se događa učestalo, može biti povezano s osjećajem hitnosti i snažne želje, a obrazac ponašanja slični ovisnosti, te rane mogu postajati dublje i brojnije. Izvođenje nesuicidalnog samoozljeđivanja na više načina povezano je s težom psihopatologijom i provođenjem suicidalnih pokušaja.

Za objašnjenje samoozljeđujućeg ponašanja prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi (2014) predložene su dvije teorije temeljene na funkcionalnoj analizi ponašanja. Prema teoriji učenja kod samoozljeđivanja može doći do pozitivnog i negativnog potkrepljivanja što održava navedeno ponašanje. Kada samoozljeđivanje dovodi do ugodnog i opuštenog stanja ili izaziva pozornost i pomoć važne osobe govorimo o pozitivnom potkrepljenju. To može postati način nošenja s različitim situacijama i time postati oblik navike, te je posebno rizičan za suicidalni čin. Kada samoozljeđivanje ima funkciju regulacije afekta, smanjenja neugodnih emocija ili izbjegavanja uznemirujućih misli, uključujući razmišljanje o suicidu, govorimo o negativnom potkrepljenju. Prema drugoj teoriji nesuicidalno samoozljeđivanje se smatra oblikom samokažnjavanja kao čin iskupljenja za postupke kojima se nanijela patnja drugima. Također se navodi kako se pokazalo da se osobe mogu početi samoozljeđivati na temelju preporuke ili promatranjem drugih. Smatra se da pojavi samoozljeđivanja prethodi skup emocionalno disfunkcionalnih okolnosti:

- emocionalna ranjivost (smanjena otpornost i neadekvatno izražavanje emocionalnih reakcija),
- neefikasna emocionalna regulacija (najčešće uslijed potiskivanja, susprezanja i izbjegavanja negativnih osjećaja),
- emocionalno neadekvatna okolina.

Nesuicidalno samoozljeđivanje najčešće počinje u ranim tinejdžerskim godinama, često se uči na temelju preporuke ili promatranjem drugih i može se nastaviti dugi niz godina. Povezuje se s težom psihopatologijom, jer ga osoba uglavnom doživljava pozitivno i nije

motivirana za liječenje. Često se navodi neposredni osjećaj olakšanja koji se zbiva tijekom samog čina, a rezultirajući obrazac ponašanja slični ovisnosti, jer se javlja osjećaj hitnosti i snažne želje za samoozljeđivanjem (Blasco-Fontecilla i sur., 2016). Klonsky (2007) smatra da je funkcija samoozljeđivanja intrapersonalna (anti-disocijativna i umanjivanje negativnog afekta) i interpersonalna (izbjegavanje kazne, pokazivanje boli, pripadnosti, traženje pomoći). Funkciju samoozljeđujućeg ponašanja možemo svrstati u tri kategorije (Dodig - Ćurković, 2010; Klonsky, 2007):

1. regulacija emocija - smanjenje napetosti ili izazivanje snažnih osjećaja (stvaranje osjećaja ushita, uzbuđenja)
2. komunikacija - način da se izrazi ono što osoba nije u mogućnosti izraziti riječima
3. kontrola/kazna – ponavljanje obrasca zlostavljanja ili rješavanje neke interpersonalne teškoće (najčešće reakcija na poremećene odnose unutar obitelji) ili samokažnjavanje.

Wilkinson i Goodyer (2011) navode da samoozljeđivanje adolescentima, osim regulacije emocija koje su intenzivne i preplavljujuće, služi i za privlačenje pažnje okruženja kako bi drugi vidjeli njihovu uznemirenost i probleme, kako bi se drugi osjećali odgovornima i promijenili svoje ponašanje ili kako bi postali dio određene grupe vršnjaka. Međutim, iako trenutno dovodi do osjećaja olakšanja, zadovoljstva i oslobađanja od depersonalizacije, dugoročno ima negativne posljedice. Može izazvati složene osjećaje krivnje i stida prema sebi.

Samoozljeđivanje može biti sporadično, impulzivno ili može biti ponavljajuće i biti u funkciji nošenja s problemima i intenzivnim negativnim osjećajima. Pri tome može poprimiti i ritualni, kompulzivni karakter. U adolescenata kod kojih samoozljeđivanje postane ponavljajuće i dugotrajno i ima ulogu mehanizma emocionalne regulacije manja je vjerojatnost prestajanja (Tomac, 2015).

3.1. Teorije povezanosti nesuicidalnog samoozljeđivanja i suicida

Više studija je ispitivalo koji rizični faktori razlikuju adolescente s nesuicidalnim samoozljeđivanjem u odnosu na one sa suicidalnim samoozljeđivanjem. U dosta istraživanja se pokazalo da nesuicidalno samoozljeđivanje i suicidalne ideje i pokušaji dijele iste rizične faktore.

Primjerice u istraživanju Wan i suradnika (2019) u Kini na uzorku od 14 820 adolescenata u dobi od 10-20 godina, prevalencija nesuicidalnog samoozljeđivanja je bila 26,1%, suicidalnih ideja 17,5%, a suicidalnih pokušaja 4,4%. Postavlja se pitanje kako kod nekih adolescenata dolazi samo do nesuicidalnog samoozljeđivanja, a kod nekih i do suicidalnih ideja i pokušaja, te zašto je nesuicidalno samoozljeđivanje najznačajniji prediktor suicidalnih pokušaja.

Predložene su tri teorije: teorija izlaza (*Gateway theory*) (Hamza i sur., 2012 prema Brausch i Gutierrez 2010), teorija treće varijable (*The Third Variable Theory*) koju predlažu Jacobson, Muehlenkamp, Miller i Turner (2008), Joinerova teorija stečene sposobnosti za suicid (*Joiner Theory of Acquired Capability for Suicide*) (Hamza i sur., 2012 prema Joiner, 2005) te integrativni model kojeg predlažu Hamza i suradnici (2012).

Prema **teoriji izlaza**, nesuicidalno samoozljeđivanje prethodi razvoju suicidalnih ponašanja jer vodi ekstremnijim formama samoozljeđivanja. Hamza i sur. (2012) ovu teoriju potvrđuju istraživanjima (Asarnow i sur., 2011; Tang i sur., 2011) u kojima se pokazalo da je nesuicidalno samoozljeđivanje prediktor suicidalnih pokušaja, te istraživanjima (Asarnow i sur., 2011; Jacobson i sur., 2008) u kojima se pokazalo da se nesuicidalno samoozljeđivanje i suicidalni pokušaji mogu javiti istovremeno. Kao jedan od dokaza navode i to da se nesuicidalno samoozljeđivanje javlja u ranijoj dobi nego suicidalni pokušaji (Muehlenkamp i Gutierrez, 2007, prema Hamza i sur. 2012). Prosječna dob za pojavu nesuicidalnog samoozljeđivanja je 13 godina, a za suicidalni pokušaj 16 godina. Također, u prilog ovoj teoriji ide i to da je nesuicidalno samoozljeđivanje veći prediktor suicidalnih pokušaja, nego što je suicidalni pokušaj prediktor nesuicidalnog samoozljeđivanja (Asarnow i sur., 2011; Wilkinson i sur., 2011).

Prema **teoriji treće varijable** za povezanost nesuicidalnog samoozljeđivanja i suicidalnih pokušaja zaslužna je neka treća varijabla koja može biti psihijatrijski poremećaj ili neurobiološki čimbenik. Kao dokaz se navodi to da oko 90% osoba koje su počinile suicid su imale dijagnosticiran neki od psihijatrijskih poremećaja. Hamza i sur. (2012) smatraju da psihijatrijska dijagnoza povećava rizik i za nesuicidalno samoozljeđivanje i za pokušaj suicida. Kao treća varijabla predloženo je i neurobiološko objašnjenje, odnosno istraživanja koja su pokazala da oni koji su počinili suicid su imali disfunkciju serotoninskog sustava (Hamza i sur., 2012 prema Lin i Tsai, 2004).

Prema **Joinerovoj teoriji stečene sposobnosti za suicid** nesuicidalno samoozljeđivanje je način na koji osoba može povećati sposobnost za suicid jer smanjuje osjetljivost na strah i bol. Smatra se da u trenutku kada osoba prevlada strah od boli i samu bol, a što se zbiva tijekom ponavljanja epizoda samoozljeđivanja povećava se rizik od pokušaja i izvršenja suicida. Također izloženost nasilju može na sličan način povećati nečiju sposobnost za suicid. U prilog ovoj teoriji idu podaci da češće nesuicidalno samoozljeđivanje je prediktivno za letalniji pokušaj suicida, da su višestruke metode nesuicidalnog samoozljeđivanja i dulje trajanje samoozljeđivanja prediktori suicidalnih pokušaja. Ako je jedan od motiva za nesuicidalno samoozljeđivanje antisocijalizacija i smanjenje osjećaja obamrlosti, ako samoozljeđivanje smanjuje osjetljivost na bol, osobe moraju pojačati samoozljeđivanje kako bi postigle isti učinak. Neki imaju prigovor na ovu teoriju i navode da osobe koje se samoozljeđuju u startu imaju viši prag boli. Međutim, kao prilog ovoj teoriji ide podatak da iako je najčešća metoda suicida predoziranje, pokazalo se da pojedinci koji se samoozljeđuju dvostruko češće koriste metodu rezanja za počinjenje suicida nego oni bez povijesti samoozljeđivanja (Stanley i sur., 2011 prema Hamza i sur., 2012).

S obzirom da istraživanja ne potvrđuju niti jednu teoriju posebno Hamza i sur. (2012) predlažu **integrativni model** u kojem iznose slijedeće pretpostavke: a) da samoozljeđivanje može direktno predvidjeti suicidalni pokušaj; b) da će veza između samoozljeđivanja i suicidalnih ponašanja biti moderirana intrapersonalnim problemima pojedine osobe; c) da će biti zajedničkih rizičnih faktora za samoozljeđivanje i suicidalne pokušaje. Primjerice neka istraživanja pokazuju da karakteristike graničnog poremećaja ličnosti mogu povećati rizik za oba ponašanja; d) naglašavaju indirektnu vezu samoozljeđivanja i suicidalnih pokušaja kroz povećanje sposobnosti za suicidalni pokušaj, a da će veza između samoozljeđivanja i povećane sposobnosti za suicid biti moderirana stupnjem ozbiljnosti samoozljeđivanja. Tako su primjerice za suicidalni pokušaj rizičniji oni koji se samoozljeđuju rezanjem, nego oni koji to rade čupanjem.

4. ISTRAŽIVANJA SAMOOZLJEĐIVANJA

4.1. Pregled mjernih instrumenata

U radovima su se koristili različiti instrumenti za procjenu samoozljeđivanja i suicidalnog ponašanja od kojih neki jesu a neki nisu posebno konstruirani za procjenu samoozljeđivanja. Tako su u nekim istraživanjima korišteni strukturirani intervjui koji su osmišljeni za dijagnostiku cijelog niza psihijatrijskih poremećaja. Primjerice strukturirani dijagnostički intervjui (*Mini International Neuropsychiatric intervju for Children and Adolescents- M.I.N.I.-KID*) za poremećaje prema DSM i ICD-10, a koristi se za djecu i adolescente (Kaess i sur., 2017 prema Sheehan i sur., 2010) i strukturirani klinički intervjui za djecu i adolescente (*Diagnostic Interview Schedule for Children -DISC*) u dobi od 6 do 17 godina, sadrži pitanja o sadašnjim i prijašnjim simptomima, ponašanju i emocijama, koja odgovaraju kriterijima iz DSM-IV (Nock i sur., 2006). U nekim istraživanjima se nisu koristili upitnici. Primjerice u istraživanju Larsson i Sund (2008) samo se jednim pitanjem ispitalo o postojanju suicidalnih ideja/pokušaja i samoozljeđivanja, a na koja su ispitanici imali tri ponuđena odgovora: „ne“, „jednom“ i „više od jednom“. U nekim drugim istraživanjima primjerice kao u istraživanju Moran i suradnika (2012) ispitanici su pitani o tome da li su se samoozljeđivali i ako je odgovor bio potvrđan dalje su pitani o tome koje metode samoozljeđivanja su koristili. U nekim istraživanjima, poput primjerice u istraživanju Grandclerc i suradnika (2019), korišten je samo intervjui kojim su dobiveni podaci o funkcioniranju osobe, životnim teškoćama, te načinima i funkciji samoozljeđivanja.

Za ispitivanje učestalosti i načina samoozljeđivanja kroz godine konstruirano je cijeli niz mjernih instrumenata, najviše upitnika, zatim intervjua i lista označavanja. Mjerni instrumenti se razlikuju obzirom na broj čestica, način odgovaranja (višestruki izbori, skala Likertova tipa, dane odgovori ili kombinacija različitih načina odgovaranja), te obzirom na to da li uključuju pitanje o suicidalnim namjerama i pokušajima. Neki upitnici i intervjui su opsežniji i obuhvaćaju više metoda samoozljeđivanja, pitanja o učestalosti samoozljeđivanja, ozlijeđenim područjima, dobi početka samoozljeđivanja, funkciji samoozljeđujućeg ponašanja... . Neki mjerni instrumenti su prikladni za korištenje i u istraživačkoj i u kliničkoj praksi, dok su neki prikladniji za korištenje u kliničkoj praksi. Većina mjernih instrumenata je validirana na mlađoj odrasloj

populaciji (u dobi od 18 do 25 ili 35 godina). Ima nekoliko mjernih instrumenata koji su osmišljeni za ispitivanje samoozljeđivanja kod osoba s intelektualnim teškoćama. Neki od instrumenata poredani kronološkim redoslijedom prikazani su u slijedećoj tablici.

Tablica 1. Mjerni instrumenti

Naziv mjernog instrumenta/ autor	intervju/ upitnik	pitanje o suicid. idejama	broj čestica/ pitanja	za djecu/ odrasle	za kliničku/ istraživačku praksu
Suicidal Behavior Questionnaire (SBQ; <i>Linehan i Nielsen, 1981</i>)	upitnik	da	34		za kliničku i istraživačku praksu
Self-Harm Behavior Survey (SBS; <i>Sansone, Sansone, 2010 prema Favazza, 1986</i>)	upitnik	da	178	za odrasle	za kliničku i istraživačku praksu
Self Injury trauma scale (SITS; <i>Iwata, Pace, Kissel, 1990</i>)	upitnik	ne		za odrasle i adolescente (ispituje oštećenost tkiva)	za kliničku praksu- procjenjuje kliničar
Self –Injury Survey (<i>Sansone, Sansone, 2010 prema Simpson i sur., 1994</i>)	upitnik	da	31		
Suicidal Behavior Questionnaire (SBQ-14; <i>Linehan, 1996</i>)	upitnik		90		za kliničku i istraživačku praksu
Impulsive and Self-Harm Questionnaire (<i>Sansone, Sansone, 2010 prema Rossotto, 1997</i>)	upitnik	da	14		za istraživačku praksu
Self-Injurious Behavior Questionnaire (SIB-Q) (<i>Sansone, Sansone, 2010 prema Schroeder, Rojahn, Reese, 1997</i>)	upitnik	ne	25	za osobe s razvojnim teškoćama	za kliničku praksu – procjenjuje kliničar
Self-Injury Questionnaire (SIQ; <i>Sansone, Sansone, 2010 prema Vanderlinden, Vandereycken, 1997</i>)	upitnik	ne	54		
Timed Self-Injurious Behavior Scale (<i>Sansone, Sansone, 2010 prema</i>	upitnik	ne	16	za osobe s razvojnim teškoćama	za kliničku praksu – procjenjuje

<i>Brasic i sur., 1997)</i>					kliničar
Functional Assessment of Self Mutilation (FASM) <i>(Hankin i Abela, 2011 prema Lloyd, Kelley i Hope, 1997)</i>	polu- strukturirani intervju/ upitnik/lista označavanja		22	za adolescente	za kliničku i istraživačku praksu
Self-harm Inventory (SHI) <i>(Sansone, Wiederman, Sansone, 1998)</i>	upitnik	da	22	za adolescente i odrasle	za istraživačku i kliničku praksu
Self-harm Behavior Questionnaire (SHBQ) <i>(Gutierrez, 1998)</i>	upitnik	da		za odrasle i adolescente	za kliničku i istraživačku praksu
Suicidal Injury Questionnaire (SIQ) <i>(Alexander, 1999)</i>	upitnik	da	30	za odrasle	
Lifetime Parasuicide Count (LPC; Jacobson i sur., 2008 prema Comtois i Linehan, 1999)	polu- strukturirani intervju	da		za odrasle	za kliničku i istraživačku praksu
Deliberate Self-harm Inventory (DSHI; Gratz, 2001)	upitnik	da	17	za odrasle	za kliničku praksu
Suicidal Behavior Questionnaire-Revised (SBQ-R; Osman i sur., 2001, prema Gutierrez i sur., 2001)	upitnik		4	za adolescente i odrasle	za kliničku i istraživačku praksu
How I Deal with Stress (HIDS; Heath i sur., 2009 prema Ross i Heath, 2002)	upitnik	ne	24	za odrasle	
Ottawa Self-Injury Inventory (OSI; Cloutier, Nixon, 2003)	upitnik	da	31	za odrasle i adolescente	za kliničku i istraživačku praksu
Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII; Linehan i sur., 2006)	intervju	da	37	za odrasle	za istraživačku i kliničku praksu
Adolescent Risk Inventory <i>(Sansone, Sansone, 2010 prema Lescano i sur., 2007)</i>	upitnik	da	33	za adolescente	za istraživačku i kliničku praksu
Self-injurious Thoughts and Behaviors Interview	strukturirani intervju	da	169	za adolescente	za istraživačku i

(SITBI) (Nock i sur., 2007)					i odrasle (može se intervjuirati i roditelje)	kliničku praksu
Self-injury Questionnaire – Treatment Related (SIQ-TR) (Claes i Vandereycken, 2007)	upitnik		60		za odrasle	za istraživačku i kliničku praksu
Self-Injury Implicit Association Test—The SI-IAT (Nock i Banaji, 2007)	test-sudionici trebaju brzo klasificirati prikazane slike kao “ozljeđivačke” ili “neutralne”	ne			za adolescente i odrasle	za istraživačku praksu
Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Questionnaire (Madge i sur., 2008)	upitnik	da	10		za adolescente	za istraživačku praksu
Self-Report Frequency of 16 Self-injurious Behaviors (Whitlock i sur., 2006)	upitnik	ne	26		za odrasle	
Inventory of Statements About Self injury (ISAS) (Klonsky i Olino, 2008)	upitnik		30		za odrasle	za kliničku i istraživačku praksu
Brief Structured Interview for NSSI (Glen i Klonsky, 2010)	kratki strukturirani intervju	ne	5			za istraživačku i kliničku praksu
The Non-Suicidal Self- Injury Assessment Tool (NSSI-AT) (Whitlock, Purinton, 2013)	upitnik	da	39			za kliničku i istraživačku praksu
The Self-Harm Scale (SHS; Nijman, Palmstierna, van den Bogaard, Embregts, 2016)	lista označavanja	ne			može se koristi za osobe s intelekt. teškoćama	za kliničku praksu- ispunjava kliničar
Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire- Nonsuicidal (SITBQ-NS) (D’Agostino i sur., 2018)	upitnik	da	28		za odrasle	za istraživačku praksu

4.2. Osvrt na metodologiju istraživanja

Angelotta (2012) navodi da su psihijatri još u 19. stoljeću prepoznali razliku između samoozljeđivanja sa i bez suicidalne namjere. Već tada prepoznata je razlika između onih koji se samoozljeđuju u psihotičnoj epizodi, te onih koji se samoozljeđuju bez nanošenja trajnih tjelesnih ozljeda. Razlike koje su tada uočene nalaze se u definiciji nesuicidalnog samoozljeđivanja. Prvo publicirano istraživanje o prevalenciji nesuicidalnog samoozljeđivanja na nekliničkom uzorku adolescenata je iz 2002. godine, a prije 2000-te je malo podataka o tome (Brown i Plenner, 2017). Jedan od ključnih problema u literaturi je različita terminologija samoozljeđivanja: namjerno samoozljeđivanje (DS-*deliberate self-harming* ili SH – *self-harming*), suicidalni pokušaji ili samoozljeđivanje sa suicidalnom namjerom (SA- *suicidal attemptili self harming with suicidal intent*) i nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSI – *nonsuicidal self-injury*). Uz navedene razlike u definiranju samoozljeđivanja primjenjuju se i različite metodologije (instrumenti procjene, vremenski okviri ispitivanja, dob ispitanika, opća populacija ili klinički uzorci) što dodatno otežava usporedbu rezultata istraživanja. Ovakva razlika u definiranju samoozljeđivanja vodi različitim procjenama i uključivanju različitih metoda samoozljeđujućih ponašanja u istraživanje što onda doprinosi razlikama u prevalenciji ovog ponašanja nađenim u različitim studijama (primjerice trovanje ne spada u nesuicidalno samoozljeđivanje, ali spada u samoozljeđivanje). Kao jedan od glavnih problema u istraživanju razlike u etiologiji između samoozljeđivanja sa i bez suicidalne namjere je i to da se većina radova bavi istraživanjem samoozljeđivanja neovisno o namjeri ili se fokusira samo na jedan tip samoozljeđujućeg ponašanja. Tako postotak suicidalnosti varira ovisno o ovim definicijama i ovisno o tome jesu li upitnici anonimni ili ne. Kako bi ispitali prevalenciju među različitim istraživanjima, te utvrdili povećava li se postotak samoozljeđivanja zadnjih godina Muehlenkamp i sur. (2012) analizirali su istraživanja koja su uključivala različitu terminologiju (nesuicidalno samoozljeđivanje - NSSI, samopovređivanje, samoozljeđivanje, namjerno samoozljeđivanje - DSH) i različitu metodologiju (veličina uzorka, način procjene). Uspoređivali su prosječnu stopu prevalencije s obzirom na definiciju, vremenski okvir u kojem je ispitivanje provedeno (12 mj, 6mj, i sl.), i s obzirom na način procjene (liste označavanja ponašanja, upitnici ili jedno pitanje). Ustanovili su da u razdoblju između 2005. i 2011. nije došlo do povećanja učestalosti samoozljeđivanja neovisno o tome je li sa ili bez suicidalne namjere. Spomenuti autori su utvrdili da se procjena prevalencije povećava kada su korištene liste označavanja u

odnosu na istraživanja kada su korišteni upitnici sastavljeni od jednog pitanja. Ono što nije poznato da li istraživanja koja koriste procjenu koja uključuje jedno pitanje podcjenjuju prevalenciju ili ova druga ju povećavaju. Predlažu da se ispitanike pita jednim pitanjem jesu li se ikada samoozljeđivali, a ako odgovore pozitivno da se provede opsežan intervju kako bi se osiguralo da sudionik razumije ispitivano ponašanje na isti način na koji ga istraživač definira. Naglašavaju da su potrebna istraživanja koja bi ispitivala kulturološki utjecaj na samoozljeđivanje, te korištenje iste metodologije i terminologije kako bi se rezultati mogli uspoređivati kroskulturalno (Muehlenkamp i sur., 2012). Različita metodologija i definicije otežavaju usporedbe samoozljeđujućeg ponašanja među zemljama i među kulturama.

Meta-analiza Foxa i sur. (2015) je također ukazala na teškoće istraživanja u ovom području, a to je nedostatak studija koje bi obuhvaćale većinu rizičnih faktora, jer se većina usmjerava na samo nekoliko rizičnih faktora. Dodatnu teškoću predstavlja različita metodologija i terminologija nesuicidalnog samoozljeđivanja. Pokazalo se da značajnost rizičnih faktora varira ovisno o istraživanjima. Tako se u nekim istraživanjima depresija pokazala kao značajan rizični faktor za nastavak samoozljeđivanja, dok se u drugim istraživanjima to nije pokazalo. Efekti rizičnih faktora mogu varirati ovisno o različitim uvjetima. Moderatoru mogu biti način mjerenja (jedno pitanje, otvorena pitanja ili opširan upitnik, liste označavanja ili intervjui) i metode samoozljeđivanja koje istraživanje uključuje (primjerice neki uključuju samotrovanje ili nedopuštanje rana da zarastu dok drugi izostavljaju takva ponašanja). Visoka varijabilnost u načinima mjerenja i ispitivanim metodama samoozljeđivanja otežava zaključivanje i usporedbu podataka dobivenih u različitim istraživanjima. Snagu prediktora moderiraju i način mjerenja i dob ispitanika. Kontinuirani oblici procjene u mjerama su imali veću prediktivnu vrijednost nego binarni, klinički uzorci su imali veću prediktivnu vrijednost nego oni iz opće populacije, kao i istraživanja gdje su sudionici bili odrasli, a ne adolescenti. Dakle, meta-analiza Fox i suradnika (2015) pokazuje da su bolje mjere s kontinuiranim umjesto binarnim oblicima procjene, jer omogućavaju diferenciranje učestalosti nesuicidalnog samoozljeđivanja i mogu ukazati na faktore koji povećavaju ili reduciraju samoozljeđivanje. Buduća istraživanja bi trebala obratiti pažnju na kombinaciju faktora koja povećava rizik za samoozljeđivanje, a ne samo pojedinačne faktore. Velika heterogenost u mjerenju ograničava mogućnost preciznog identificiranja rizičnih faktora. Buduća istraživanja bi trebala tražiti način da se standardizira mjerenje samoozljeđivanja, trebala bi biti longitudinalna i uključivati više oblika samoozljeđivanja.

S obzirom da istraživanja ukazuju da je nesuicidalno samoozljeđivanje indikator mnogih problema, zbog stalno promjenjive prirode samoozljeđivanja transversalna istraživanja ne daju dovoljno informacija o tome što utječe na promjene. Stoga su za razumijevanje razvoja i promjena samoozljeđivanja bolja longitudinalna istraživanja. You i suradnici (2013) smatraju da je adolescencija ionako razdoblje brzih promjena na psihološkom i ponašajnom planu pa je teško odabrati nekoliko varijabli na temelju kojih bi mogli predvidjeti nečije ponašanje. Smatraju da je bolje istraživati promjene unutar samog nesuicidalnog samoozljeđivanja kako bi se pokušalo saznati koji su zaštitni faktori koji bi mogli doprinijeti smanjenju i prekidu samoozljeđivanja.

5. RIZIČNI I ZAŠTITNI PREDIKTORI SAMOOZLJEĐIVANJA

Pokazalo se da riziku samoozljeđivanja doprinose brojni čimbenici, te njihov komorbiditet. Kako bi se mogao procijeniti suicidalni rizik, u nekim istraživanjima razlikovalo se tzv. suicidalno i nesuicidalno samoozljeđivanje te se pokušalo utvrditi postoje li različiti rizični i zaštitni prediktori dva navedena tipa samoozljeđivanja. Općenito prediktore možemo podijeliti na osobne (sociodemografske karakteristike, psihološke karakteristike, psihički poremećaji, neurobiološke karakteristike) i kontekstualne (značajke obitelji, vršnjaci i socijalna okolina, škola, traumatski događaji, medijski sadržaji).

Tablica 2. **Osobni i kontekstualni prediktori samoozljeđivanja**

	OSOBNI	KONTEKSTUALNI
RIZIČNI	<ul style="list-style-type: none"> • ženski spol • mlađa dob (između 14 i 16 godina) <p><i>Psihološke karakteristike:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • impulzivnost • nisko samopoštovanje • osjećaj nesigurnosti, beznadnosti, bezvrijednosti, negativna očekivanja • aleksitimija • problemi privrženosti • niži optimizam • osjećaj usamljenosti • zabrinutost oko spolne orijentacije • nezadovoljstvo tjelesnim izgledom • pretilost • osjećaj kronične ljutnje (na sebe i /ili na druge) • teškoće kontrole emocija (najčešće bijesa i ljutnje) • nedostatak adekvatnih strategija rješavanja problema i percepcija vlastite nekompetencije za suočavanje s poteškoćama • slabije socijalne kompetencije 	<p><i>Obitelj</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • loša komunikacija i visoka razina konflikta unutar obitelji • visoka kritičnost roditelja • pritisak oko školskog uspjeha i nerealna očekivanja u pogledu uspješnosti • razvod roditelja • jednoroditeljske obitelji • nasilje u obitelji (među roditeljima i/ili prema djetetu) • problemi odnosa roditelj – dijete/ problemi privrženosti • psihičke bolesti jednog ili oba roditelja • problemi ovisnosti roditelja • samoozljeđivanje roditelja • kronične bolesti roditelja • niži socio-ekonomski status

	<p><i>Psihički poremećaji:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • depresija • anksiozni poremećaji • poremećaj prilagodbe • emocionalni poremećaji s početkom u djetinjstvu • PTSP • poremećaji ponašanja • poremećaj uzimanja psihoaktivnih tvari • mješoviti poremećaj ponašanja i ophođenja • bipolarni poremećaj • poremećaji ličnosti (granični, narcistični, histrionični) • psihotični poremećaji • poremećaji hranjenja • anhedonija • ranije suicidalne ideje i pokušaji • prethodno samoozljeđivanje <p><i>Neurobiološki čimbenici:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • promjene u regulaciji hipotalamičko-pituitarno adrenokortikalne osi • promjene u prefrontalnom korteksu • promjene u funkcioniranju limbičkog sustava • promjene u genu za provođenje serotonina 	<p><i>Traumatski događaji</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • fizičko, psihičko i seksualno zlostavljanje i zanemarivanje • rano iskustvo traume ili odvajanja iz obitelji, smještanje u Dom <p><i>Vršnjaci i socijalna okolina</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • loši socijalni odnosi s vršnjacima • socijalna izoliranost • vršnjačko nasilje • samoozljeđivanje prijatelja • stav vršnjaka prema samoozljeđivanju - pripadnost pojedinim subkulturama u kojima se samoozljeđivanje doživljava kao poželjno ponašanje (Emo, Gotik...) <p><i>Škola</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • slabiji školski uspjeh <p><i>Medijski sadržaji</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pretjerano korištenje interneta • izloženost sadržajima samoozljeđivanja
ZAŠTITNI	<ul style="list-style-type: none"> • sigurna privrženost • visoko samopoštovanje • dobre socijalne vještine • vještine rješavanja problema • vještine samoregulacije • odsustvo psihopatologije 	<ul style="list-style-type: none"> • dobri odnosi i kvalitetna komunikacija unutar obitelji • dobar odnos s roditeljima • dobri socijalni odnosi s vršnjacima • školski uspjeh • uključenost u izvannastavne aktivnosti

5.1. Osobni rizični i zaštitni prediktori

5.1.1. Sociodemografske karakteristike (spol, dob)

Među osobne rizične čimbenike prvenstveno se navodi spol i dob, te istraživanja pokazuju neke spolne i dobne razlike u samoozljeđivanju. U istraživanju Muller i suradnika (2016) učestalije samoozljeđivanje je bilo povezano sa mlađom dobi. Samoozljeđivanje je učestalije kod adolescentica (Fox i sur., 2015) i to najčešće u dobi od 15 i 16 godina (Sičić i Mužinić, 2008; O Connor, Rasmussen i Hawton, 2009). U istraživanjima na kliničkim populacijama većina je ženskih sudionika (primjerice u istraživanju Hansson i suradnika, 2019). Adolescentice češće nastavljaju samoozljeđivanje (You i su., 2013; O Connor, Rasmussen i Hawton, 2009), imaju 3 do 7 puta veću stopu ponavljanja samoozljeđivanja u odnosu na adolescente (Dodig-Ćurković i sur. 2013) i češće pokušavaju suicid (Dodig-Ćurković, 2010). Najčešće se samoozljeđuju rezanjem (Hansson i sur., 2019) ili uzimanjem lijekova bez nadzora (Dodig-Ćurković, 2010). S druge strane adolescenti pokazuju više oblika autodestruktivnih ponašanja, imaju češća suicidalna razmišljanja i veći suicidalni rizik u odnosu na adolescentice (Dodig-Ćurković, 2010).

Neka istraživanja pokazuju da postoje spolne razlike obzirom na značajnost utjecaja pojedinih prediktora. Tako se pokazalo da su najčešći osobni čimbenici rizika za adolescentice: zlouporaba droga i alkohola, depresija, anksioznost, impulzivnost, nisko samopoštovanje i osjećaj nesigurnosti. Dok su za adolescente najčešći osobni čimbenici rizika: zlouporaba droga i alkohola i raniji pokušaji suicida (Dodig-Ćurković, 2010).

5.1.2. Psihološke karakteristike

Kada govorimo o psihološkim karakteristikama osoba koje se samoozljeđuju istraživanja ukazuju na neke zajedničke karakteristike, a to su: samopodcjenjivanje, osjetljivost na odbacivanje, osjećaj kronične ljutnje i to obično na same sebe, s čestim nastojanjima potiskivanja ljutnje, impulzivnost i teškoće samokontrole. Također nalazi se sklonost reagiranju u skladu s raspoloženjem tog trenutka i nedostatak planiranja za budućnost. Nadalje, nalazi se da osobe koje se samoozljeđuju imaju osjećaj kronične tjeskobe, depresivne su i iritabilne te se ne vide

sposobnima suočavati sa stresom. U nošenju sa životnim teškoćama osjećaju se nemoćno, nemaju fleksibilan repertoar strategija suočavanja i sklone su izbjegavanju. (Dodig-Ćurković i sur. 2013) Kod adolescenata koji se samoozljeđuju za razliku od onih koji samo razmišljaju o samoozljeđivanju, ali to ne rade, nalazi se da su impulzivniji (O Connor, Rasmussen i Hawton, 2012), postižu više rezultate na skalama koje ispituju aleksitimiju, imaju slabije socijalne kompetencije i česte osjećaje ljutnje i bijesa prema drugima (Gatta i sur., 2016). Poteškoće u socijalnim odnosima i nestabilni odnosi s drugima su rizični faktor za nastavak samoozljeđivanja, dok smanjenje interpersonalnih problema ne utječe na prekid samoozljeđivanja (You i sur., 2013).

Slične rizične faktore nalazimo i za suicidalni rizik. U literaturi se navode sljedeći osobni rizični faktori za pokušaj suicida: suicidalne ideje i namjere, prethodni pokušaji suicida, nesuicidalno samoozljeđivanje, nesigurnost oko spolne orijentacije i spolnog identiteta, impulzivnost, agresivnost, neuroticizam, nedostatak adekvatnih strategija suočavanja i rješavanja problema, nisko samopoštovanje, visoka razina ljutnje, perfekcionizam, negativno razmišljanje i usmjeravanje na negativne sadržaje, negativno predviđanje budućnosti (Clark i suradnici 2019). Robertson (1998, prema Nikolić i Marangunić, 2004) navodi kako su osnovne osobine djece i adolescenata s poremećajem ponašanja impulzivnost, slaba tolerancija na frustraciju i nisko samopouzdanje. Osobe s poremećajem u ponašanju kao svoj najveći problem verbaliziraju nemogućnost kontrole emocija, najčešće bijesa i ljutnje. Spremnost za kršenje pravila predstavlja vrlo važan i zabrinjavajući aspekt eksternalizirajućih problema za manifestaciju samoozljeđujućeg ponašanja. U istraživanju Sičić i Mužinić (2008) provedenom na kliničkom uzorku, preko 40% adolescenata koji se samoozljeđuju je agresivno kako prema sebi tako i prema drugima, oko 19% je počinilo neko kazneno djelo (krađa, vandalizam, posjedovanje marihuane i nasilničko ponašanje). Više od 50% je ranije pokušalo počinuti suicid (progutalo velike količine tableta, pokušaj suicida vješanjem, gutanjem nejestivih predmeta, bacanjem pod auto u alkoholiziranom stanju). Istraživanje na uzorku studentica (Medanić, 2019) je pokazalo da učestalijim razmišljanjima o samoubojstvu doprinose osobine ličnosti poput emocionalne nestabilnosti i neuroticizma, te doživljaj vlastite nesposobnosti za suočavanje s nepovoljnim životnim događajima. U istraživanju You i suradnika (2013) pokazalo se da oni koji su nastavili sa samoozljeđivanjem nisu imali drugih načina suočavanja s problemima i pokazivali su

impulzivnija ponašanja. U istraživanju Muller i suradnika (2016) učestalije samoozljeđivanje je također bilo povezano s većom impulzivnosti.

Funkcioniranje ličnosti je važna psihopatološka dimenzija povezana sa samoozljeđivanjem (Ercegović i sur., 2018). Siguran osjećaj identiteta omogućava adolescentu razvijanje zadovoljavajućeg prijateljstva, formiranje jasnih životnih ciljeva, na prikladan način komuniciranje s roditeljima i učiteljima, uspostavljanje intimnih odnosa i održavanje pozitivnog samopoštovanja. Difuzija identiteta se sagledava kao temelj za razvoj patologije ličnosti, te je u osnovi niza neprilagođenih i disfunkcionalnih ponašanja (Ercegović i sur., 2018). Samoregulacija emocija je osobni čimbenik koji ima snažnu rizičnu i zaštitnu ulogu u samoozljeđivanju, a usvaja se kroz rane odnose s roditeljima i specifične roditeljske stilove (Tomic, 2015).

Istraživanje Gromatsky i sur. (2017) pokazuje da je povezanost između psihopatologije roditelja i samoozljeđivanja djece posredovana psihološkim karakteristikama djeteta, od kojih se posebno ističe loša samoregulacija. U istraživanju Godday i sur. (2020) pokazalo se da je posredni rizični faktor između depresivnih simptoma majke i suicidalnih misli i pokušaja u adolescenciji, hiperaktivnost i nepažnja djeteta u dobi od 6-10 godina. Dakle uz psihopatologiju majke riziku za suicidalne misli i pokušaje značajno doprinosi i psihopatologija djeteta koja je posredujući faktor.

O'Connor, Rasmussen i Hawton (2009) je pokazalo da djevojke koje se samoozljeđuju imaju niže samopoštovanje i niži optimizam, sklonije su konzumaciji alkohola i droga i iskazuju zabrinutost oko vlastite seksualnosti, s tim da su se zabrinutost oko seksualne orijentacije i nisko samopoštovanje pokazali najrizičniji osobni faktori za nastavak samoozljeđivanja. Adolescenti niskog samopoštovanja su u većem riziku za samoozljeđivanje, između ostalog i radi toga jer doživljavaju veći pritisak vršnjaka. Također, nezadovoljstvo izgledom vlastitog tijela je rizičan faktor za samoozljeđivanje (Oktan, 2017).

U istraživanju koje su proveli Mars i sur. (2014) faktor koji je bio specifičan za samoozljeđivanje sa suicidalnom namjerom je niži kvocijent inteligencije, dok je viši kvocijent inteligencije povezan s povećanim rizikom za nesuicidalno samoozljeđivanje. Moguće objašnjenje je da je veći IQ imao utjecaja na način odgovaranja na upitnicima samoprocjene.

5.1.3. Psihički poremećaji

Najčešći komorbiditet je s depresivnim poremećajima, nalazi se čak u 41% do 58% adolescenata koji se samoozljeđuju i povećava rizik za samoozljeđujuće ponašanje i do 8 puta (Tomic, 2015; Moran i sur., 2012). Osim sa simptomima depresije pokazalo se da je samoozljeđivanje između ostalog povezano i sa simptomima anksioznosti, problemima ponašanja i korištenjem sredstava ovisnosti (Moran i sur., 2012). U istraživanju Muller i suradnika (2016) učestalije samoozljeđivanje je bilo povezano s više simptoma anksioznosti i depresije, te s pretilosti.

U istraživanju Sičić i Mužinić (2008) najvećem broju adolescenata koji se samoozljeđuju (oko 50%) je dijagnosticiran jedan od poremećaja iz grupe: poremećaj ponašanja i ophođenja, smetnje ponašanja i osjećanja, mješoviti poremećaj ponašanja i ophođenja, depresija, adolescentna kriza, psihoza/psihoza u opservaciji i pokušaj suicida. Kao rizične faktore za pokušaj suicida Clark i suradnici (2019) navode komorbiditet sa sljedećom psihopatologijom: velika depresivna epizoda, simptomi depresije poput osjećaja bezvrijednosti, beznadnosti, negativna očekivanja; bipolarni poremećaji, zloraba alkohola, droga i drugih supstanci, anksiozni poremećaji, PTSP, psihoza, poremećaji hranjenja, ADHD, poremećaji ponašanja, poremećaji ličnosti (antisocijalni, granični, histrionični, narcistični), komorbiditet s više od jednog psihijatrijskog poremećaja i problemi sa spavanjem.

U istraživanju You i suradnika (2013) koji su za cilj imali predvidjeti promjene u samoozljeđivanju na temelju promjena u psihosocijalnom funkcioniranju, promatrani su obrasci samoozljeđivanja kroz dvije godine kod kineskih adolescenata u dobi od 11-19 godina. Pokazalo se da oni koji su nastavili sa samoozljeđivanjem su imali više rezultate na ljestvici depresivnosti, češće su imali zlorabu sredstava ovisnosti, te su imali više rezultate na upitniku simptoma graničnog poremećaja ličnosti. Upotreba sredstava ovisnosti se pokazala najznačajnijim rizičnim prediktorom. Pokazalo se da su ključni faktori za prekid samoozljeđivanja smanjenje depresivnih simptoma i hedonističkog impulzivnog ponašanja koje uključuje prejedanje, trošenje novca i promiskuitet, te impulzivnog korištenja sredstava ovisnosti. Pokazalo se da smanjenje agresivnog impulzivnog ponašanja iako se pokazalo kao rizični faktor za samoozljeđivanje ne utječe na njegov prekid.

U meta –analizi koju su proveli Fox i suradnici (2015) istraživanja su podijeljena u grupe obzirom na to koje mjere za samoozljeđivanje su korištene, koja je dob ispitanika, na kojem uzorku je napravljeno ispitivanje (opća populacija ili klinički uzorak). Meta-analizom se izdvojilo nekoliko značajnih rizičnih faktora, ali ukupna snaga faktora rizika se pokazala slabom za predviđanje budućeg samoozljeđivanja. Ranije nesuicidalno samoozljeđivanje i beznadnost su se pokazali rizičnim faktorima s najvećom prediktivnom snagom za buduće suicidalne misli i pokušaje. Također je nađeno da su prijašnje suicidalne misli i ponašanje rizičan faktor za nesuicidalno samoozljeđivanje, što pokazuje da su neki faktori rizični i za suicidalno i nesuicidalno samoozljeđivanje i misli. Iako su neka prijašnja transverzalna istraživanja (Glenn i Klonsky, 2011) pokazala da su internalizirani simptomi i problemi regulacije emocija u snažnoj korelaciji sa nesuicidalnim samoozljeđivanjem meta-analiza Fox i suradnika (2015) pokazuje da ti faktori nisu toliko značajni rizični faktori. Možda su oni značajniji u kraćem vremenskom periodu, nego u dužem kao što je bilo riječ kod ovih studija gdje je samoozljeđivanje praćeno kroz najmanje 12 mjeseci.

O'Connor, Rasmussen i Hawton (2009) u Škotskoj su proveli istraživanje na 737 adolescenata u dobi od 15-16 godina, koje je pokazalo da djevojke koje se samoozljeđuju imaju više simptoma depresije i anksioznosti, s tim da se između ostalog anksioznost pokazala kao jedan od najrizičnijih osobnih faktora za nastavak samoozljeđivanja.

U istraživanju koje su proveli Hansson i sur. (2019) većina ispitanika su bile žene, a samoozljeđivanje je najčešće bilo u komorbiditetu s anoreksijom i depresijom, te zluporabom droga i alkohola. Pokazalo se da je samoozljeđivanje učestalo među osobama koje imaju poremećaj prehrane, sa prevalencijom od 13 do 68%, i to kod bulimičnih pacijentica i onih sa anoreksijom nervozom purgativnog tipa. Mogući zajednički osobni čimbenici su: agresivnost, impulzivnost, opsesivno-kompulzivno ponašanje, disocijacija, negativno samopoštovanje i nesigurnost, povijest traumatskog događaja u djetinjstvu (Skarderud i Sommerfeldt, 2009).

U meta-analizi rizičnih faktora za nesuicidalno samoozljeđivanje koju su proveli Fox i suradnici (2015) se pokazalo da u većini istraživanja najznačajniji osobni rizični faktori su: osjećaj beznađa i prethodno nesuicidalno samoozljeđivanje, prijašnje suicidalne misli i ponašanja, depresivni simptomi, depresivni poremećaj, poremećaji hranjenja, internalizirani i eksternalizirani psihopatološki simptomi, opća psihopatologija, problemi regulacije afekta.

U istraživanju koje su proveli Mars i sur. (2014) u uzorku djece i roditelja koji su bili dio longitudinalnog istraživanja – ALSPAC, pokazalo se da u odnosu na samoozljeđivanje bez suicidalne namjere kod samoozljeđivanja sa suicidalnom namjerom postoji jača povezanost s depresijom, anksioznim poremećajima, nezadovoljstvom tijelom i pušenjem. Što se tiče ostalih varijabli (ženski spol, traženje uzbuđenja, zloraba alkohola i konzumacija kanabisa) nije bilo razlike između samoozljeđivanja sa i bez suicidalne namjere (Mars i sur., 2014).

U istraživanju Wilkinson i sur. (2011) na kliničkom uzorku adolescenata koji su bili u tretmanu radi depresije nađen je različiti uzorak rizičnih faktora za nesuicidalno i za suicidalno samoozljeđivanje. I nesuicidalnom i suicidalnom samoozljeđivanju je prethodilo nesuicidalno samoozljeđivanje. Za nesuicidalno samoozljeđivanje rizični faktor je bio osjećaj beznadnosti, anksiozni poremećaj, mlađa dob i ženski spol.

U 5-godišnjem longitudinalnom istraživanju u Norveškoj provedenom na srednjoškolcima Wichstrom i suradnici (2009) su također našli da za ova dva tipa samoozljeđivanja postoje zajednički i specifični faktori rizika. Tako je za samoozljeđivanje sa suicidalnom namjerom nađeno da je povezano sa suicidalnim idejama i problemima ponašanja. U jednom drugom istraživanju u Norveškoj (Larsson i Sund, 2008) adolescenti koji su pokušali suicid izvještavali su o više simptoma depresije, većim internalnim i eksternalnim problemima.

Istraživanje Kaess i sur. (2017) je pokazalo da su adolescenti s crtama graničnog poremećaja ličnosti u većem riziku za samoozljeđivanje i suicidalne pokušaje. Slično je pokazalo istraživanje Ayodeji i suradnika (2015) prema kojem kod 60% adolescenata koji se ponavljano samoozljeđuju se pokazalo da imaju jedan ili više oblika poremećaja ličnosti. Također, pokazalo se da je postojanje poremećaja ličnosti povezano sa značajno većom ozbiljnošću samoozljeđivanja, većom općom psihopatologijom, lošijim prognozama u sljedećih godinu dana što se tiče učestalosti i ozbiljnosti samoozljeđivanja, suicidalnosti i depresivnih simptoma. Istraživanje Ferrara, Terrinoni i Williams (2012) je pokazalo da je 63,5% adolescenata koji se samoozljeđuju ispunjavalo kriterije za granični poremećaj ličnosti (BPD), a da je ostatak uzorka također ispunjavao kriterije za poremećaje ličnosti s osobinama problema regulacije afekta. Povijest pokušaja samoubojstva bila je prisutna u 46,1% slučajeva. Depresivni simptomi nađeni su kod 53,8% sudionika. Pokazalo se da adolescenti s crtama graničnog poremećaja ličnosti izvještavaju o više depresivnih simptoma i suicidalnih ideja, te slabije reagiraju na terapijske

intervencije (Ramleth i sur., 2017). Villar i suradnici (2018) navode da su dijagnoza poremećaja ličnosti ili prisutnost neprilagođenih osobina ličnosti, prisutnost ili povijest samoozljeđivanja rizični faktori za recidiv pokušaja suicida tijekom šest mjeseci nakon prvotne intervencije u hitnoj službi.

Iako se pokazalo da nesuicidalno i suicidalno samoozljeđivanje imaju neke zajedničke faktore uključujući impulzivnost, depresiju i granični poremećaj ličnosti (Nock i sur., 2006) više istraživanja pokazuje i dosta razlika. Pokazalo se da oni koji imaju nesuicidalno samoozljeđivanje i suicidalne pokušaje ili razmišljanja imaju ozbiljnije simptome psihopatologije, više razine anhedonije, negativno samopoimanje, anksiozniji su i depresivniji, češće imaju dijagnozu velikog depresivnog poremećaja ili PTSP-a, imaju višu impulzivost, više osjećaja beznadnosti, ljutnje, rizičnih ponašanja, osjećaja usamljenosti, manje straha od suicidalnog ponašanja, više suicidalnih ideja, izražavaju manje razloga za život, te općenito imaju više teškoća u psihosocijalnom funkcioniranju (Jacobson i sur., 2008; Asarnow i sur., 2011; Jacobson i sur., 2011; Wilkinson i sur., 2011; Muehlenkamp i sur., 2012). Navedeni čimbenici su se pokazali rizičnima neovisno o dobi i spolu.

Različite razine depresivnosti kod adolescenata su često maskirane impulzivnošću i poremećajima ponašanja, a u osnovi je zapravo patnja koja potiče autoagresivnost. Istraživanje Heath i suradnika (2009) ukazuje da gotovo kod svih adolescenata koji se samoozljeđuju (kod 91%) postoji emocionalna motivacija za započinjanje samoozljeđivanja. U istraživanju koje su proveli Hansson i sur. (2019) sudionici koji su se samoozljeđivali su navodili kako su željeli da ih netko vidi, čuje i shvaća, a to su na psihijatriji i dobili. Samoozljeđivanje su doživljavali kao način kontroliranja i izražavanja osjećaja, posebno samoozljeđivanje rezanjem. Kasnije je to bio doživljaj samoozljeđivanja kao ovisnosti, koje se moralo učiniti da bi se osjećali bolje. Naveli su da je osjećaj krivnje imao samo privremeni učinak na prestanak samoozljeđivanja. Većina ispitanika je navela da psihološki problemi od ranije utječu i na sadašnji život, a kao prekretnicu u prekidu samoozljeđivanja naveli su dolazak do točke kada su postali svjesni da više tako ne mogu dalje.

5.1.4. Neurobiološki čimbenici

Novija istraživanja se bave ispitivanjem neurobioloških korelata samoozljeđivanja. Brown i Plener (2017) u svom pregledom radu navode da su neka istraživanja pokazala promjene u regulaciji hipotalamičko- pituitarno adrenokortikalne osi kod osoba koje se samoozljeđuju, viši korizol u stresnim situacijama, niži deksametazon, razlike u funkcioniranju limbičkog sustava i genu zaslužnom za provođenje serotonina. Također, isti autori navode da su nađene razlike u procesiranju socijalnih situacija u prefrontalnom korteksu kod depresivnih pacijenata koji su se samoozljeđivali u odnosu na pacijente koji se nisu samoozljeđivali (Brown i Plener, 2017 prema Groschwitz i sur. 2016). Istraživanja koja se bave pragom boli pokazuju nekonzistentne nalaze, dok jedni pokazuju veći prag boli kod pacijenata koji se samoozljeđuju, druga istraživanja to ne potvrđuju (Brown i Plener, 2017).

5.2. Kontekstualni rizični i zaštitni prediktori

5.2.1. Obiteljski čimbenici

Samoozljeđivanje adolescenta vrlo često je prvi znak postojanja intrapsihičkih problema u adolescenta i/ili interpersonalnih problema u obitelji. U više istraživanja se pokazalo da je upravo dinamika odnosa unutar obitelji, prvenstveno odnos s roditeljima, jedan od najznačajnijih rizičnih i zaštitnih faktora neovisno o spolu. Samoozljeđivanje se češće javlja u obiteljima s psihosocijalnim problemima, posebno u obiteljima s iskustvom nekog oblika traume (Đuretić, 2016). Adolescenti koji se samoozljeđuju izvještavaju da imaju više problema s obitelji i u svojim obiteljima doživljavaju malo razumijevanja (Ercegović i sur., 2018; Hansson i sur., 2019). Loše obiteljsko funkcioniranje (Wilkinson i sur., 2011) i nedostatak brige roditelja (Wichstrom i sur., 2009) su se pokazali značajnim rizičnim faktorima i za samoozljeđivanje sa suicidalnom namjerom. Longitudinalna istraživanja također pokazuju da problematični odnosi unutar obitelji, uključujući probleme rane privrženosti i zanemarivanje od strane roditelja, povećavaju rizik za suicid i pokušaje suicida kod djece i adolescenata. Također pokazuju da su adolescenti s nesigurnom privrženosti majci u većem riziku za daljnje samoozljeđivanje. Dobri socijalni odnosi i sigurna privrženost, osobito majci, doprinose usvajanju vještina rješavanja problema i zaštitni su faktor (Glazebrook, Townsend i Sayal, 2015), te je dobar odnos

adolescenta s roditeljima značajniji zaštitni čimbenik nego podrška vršnjaka (Klemera i sur., 2017). U istraživanju koje su proveli Hansson i sur. (2019) ispitano je funkcioniranje mladih odraslih osoba 15 godina nakon što su se kao adolescenti samoozljeđivali i bili hospitalizirani na psihijatriji. Istraživanje je pokazalo da su u djetinjstvu imali disfunkcionalni odnos s jednim ili oba roditelja. Odnosi unutar obitelji su bili karakterizirani osjećajem neželjenosti, intenzivnih konflikata i nedostatka socijalne podrške. Nekoliko sudionika je bilo izloženo seksualnom i fizičkom nasilju u obitelji.

Rutter i Hersov (1976, prema Nikolić i Marangunić, 2004) kao rizične čimbenike za razvoj poremećaja u ponašanju adolescenata, a koji se odnose na psihodinamiku obitelji navode: neudata majka mlađa od 20 godina, psihijatrijski poremećaj kod jednog ili više članova, zlouporaba supstancija, kriminalitet, nasilje roditelja (među roditeljima i/ili prema djetetu), preveliko zaštićivanje, odbacivanje, nedosljednost u odgoju djece, bračne nesuglasice, razvod braka, kronična bolest ili hendikep jednog ili više članova, te patološka komunikacija. Kao rizični čimbenik se još navode i vrlo velike i jednoroditeljske obitelji. Istraživanje koje su proveli Tripković i sur. (2017) u općoj populaciji učenika srednjih škola u Zagrebu, pokazuje da adolescenti u jednoroditeljskim obiteljima iskazuju značajno višu razinu samoozljeđivanja i to neovisno o spolu, a veći suicidalni rizik u oba spola imaju adolescenti ispodprosječnih obiteljskih financijskih prilika.

Istraživanje autorica Sičić i Mužinić (2008) provedeno na uzorku od 26 adolescenata u dobi od 12-18 godina, koji su bili hospitalizirani ili su bili u tretmanu odjela dnevne bolnice u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež u Zagrebu, pokazuje da gotovo 80% adolescenata koji se samoozljeđuju dolazi iz obitelji u kojima su narušeni obiteljski odnosi (nasilje od strane jednog ili oba roditelja, ovisnost, najčešće alkoholizam oca), skromnijih su materijalnih prilika, te oko 40% ispitanika je bilo na neki način zlostavljano (psihički, fizički ili seksualno). Kada govorimo o dinamici odnosa unutar obitelji, ne smijemo zanemariti poslijeratni period u Hrvatskoj i PTSP, te financijsku nesigurnost što može imati snažan utjecaj na funkcioniranje obitelji. Stres kod člana obitelji uzrokuje patnju ostalih članova obitelji i narušava komunikaciju, a što onda ima nepovoljan utjecaj na emocionalni razvoj djece i adolescenata u takvim obiteljima (Ercegović i sur. 2018). Prema jednom istraživanju (Tomac, 2015) roditeljski stil (percipiran kao emocionalno zanemarivanje) pokazuje veću povezanost sa samoozljeđujućim ponašanjem adolescenata nego

kronična bolest roditelja (psihička i/ili tjelesna), sudjelovanje oca u Domovinskom ratu (i zdravstvene posljedice) ili socioekonomski status obitelji, pri čemu takav roditeljski stil ima nepovoljniji učinak na adolescentice. Smanjena briga i povećana kontrola karakteriziraju roditeljski stil koji se najčešće nalazi kod adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u oba spola u različitim sociokulturnim okruženjima (Tomic, 2015).

Istraživanje Gromatsky i sur. (2017) pokazuje da neke karakteristike roditelja imaju značajnu ulogu u etiologiji nesuicidalnog samoozljeđivanja adolescenata. Psihopatologija roditelja kao što su problemi ovisnosti i simptomi ADHD-a, te određene crte ličnosti (visoka samokritičnost i nedostatak ugodnosti i savjesnosti) su povezani s nesuicidalnim samoozljeđivanjem njihove djece. Dakle, roditeljske osobine i poremećaji karakterizirani samoregulacijskim poteškoćama i nedostatkom podrške predstavljaju čimbenike rizika za samoozljeđivanje kod adolescentica, a posredovani su njihovim psihološkim karakteristikama. Psihička bolest oca ima veći utjecaj na pojavnost autodestruktivnih ponašanja kod muških adolescenata, dok psihička bolest majke ima utjecaj i na muški i na ženski spol (Dodig-Ćurković, 2010).

5.2.2. Traumatski događaji (zlostavljanje) i samoozljeđivanje člana obitelji

O'Connor, Rasmussen i Hawton (2009) našli su da većina onih koji se samoozljeđuju imaju prijatelje ili članove obitelji koji se samoozljeđuju. Također, pokazalo se i da većina njih ne živi s oba roditelja, da su im roditelji razvedeni, te je većina njih bila maltretirana, seksualno zlostavljana, i imale su ozbiljne probleme u intimnim vezama. Pokazalo se da su najrizičniji kontekstualni faktori za nastavak samoozljeđivanja: povijest seksualnog zlostavljanja osobe koja se samoozljeđuje i samoozljeđivanje člana obitelji. U istraživanju koje su proveli Mars i sur. (2014) se pokazalo da se kod samoozljeđivanja sa suicidalnom namjerom nalazi veća povezanost sa samoozljeđivanjem majke, iako je to faktor rizika značajan i za nesuicidalno samoozljeđivanje. Faktori koji su bili specifični za samoozljeđivanje sa suicidalnom namjerom su niži socio-ekonomski status, okrutnost prema djeci od strane roditelja, samoozljeđivanje oca i pokušaj suicida kod roditelja, te niže obrazovanje majke. Više obrazovanje majke se pokazalo povezanim s povećanim rizikom za nesuicidalno samoozljeđivanje. Moguće objašnjenje je da su djeca u takvim obiteljima pod većim pritiskom da imaju odličan uspjeh u školi, pa im je

nesuicidalno samoozljeđivanje mehanizam suočavanja s teškoćama. Između suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja nije nađena razlika obzirom na seksualno zlostavljanje.

U istraživanju Wan i suradnika (2019) također se pokazalo da su nesuicidalno samoozljeđivanje, suicidalne ideje i pokušaji povezani sa zlostavljanjem i zanemarivanjem u djetinjstvu, disfunkcionalnošću primarne obitelji i nedostatkom socijalne podrške. S tim da se pokazalo kako nedostatak socijalne podrške značajnije utječe na djevojke kao i da su u većem riziku za suicidalne pokušaje. Villar i suradnici (2018) navode da je obiteljska povijest psihopatologije rizični faktor za recidiv pokušaja suicida tijekom šest mjeseci nakon prvotne intervencije u hitnoj službi. Općenito, istraživanja pokazuju da oni koji imaju nesuicidalno samoozljeđivanje i suicidalne pokušaje ili razmišljanja imaju veće probleme unutar obitelji i više su bili izloženi fizičkom i/ili seksualnom zlostavljanju (Muehlenkamp i Kerr, 2010; Jacobson i sur., 2011; Asarnow i sur., 2011; Muehlenkamp i sur., 2012;).

S obzirom da se seksualno zlostavljanje spominje kao značajan faktor u etiologiji samoozljeđivanja Klonsky i Moyer (2008) su proveli meta-analizu kako bi saznali jačinu povezanosti između seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu i samoozljeđivanja. Utvrdili su da je povezanost relativno mala, te nisu potvrdili teorije da je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu primarni uzrok samoozljeđivanja, nego se čini da su povezani jer koreliraju s istim psihijatrijskim rizičnim faktorima. Navode da seksualno zlostavljanje u djetinjstvu objašnjava samo 5% varijance u razvoju samoozljeđivanja. Ova je povezanost veća u kliničkim uzorcima u kojima postoje višestruki psihijatrijski rizični faktori. Čini se da seksualno zlostavljanje u djetinjstvu doprinosi početku samoozljeđivanja preko posredujućih varijabli kao što su depresija i anksioznost, a obje psihičke teškoće su povezane i sa seksualnim zlostavljanjem i sa samoozljeđivanjem. Sukladno ovome Peh i suradnici (2017) navode da je povezanost između zlostavljanja i učestalosti samoozljeđivanja posredovana problemima regulacije emocija. Smatraju da samoozljeđivanje predstavlja način regulacije emocija koje su posljedica zlostavljanja. Istraživanje Weierich i Nock (2008) upućuje da je povezanost zlostavljanja u djetinjstvu i samoozljeđivanja posredovana simptomima PTSP-a. Obzirom da je samoozljeđivanje učestalo među osobama koje imaju poremećaj prehrane, mogući zajednički kontekstualni čimbenici su povijest traumatskog događaja u djetinjstvu i visoka razina konflikta unutar primarne obitelji (Skarderud i Sommerfeldt, 2009).

Na osnovi pregleda literature Clark i suradnici (2019) navode niz rizičnih kontekstualnih faktora za pokušaj suicida: stresne životne okolnosti (npr. konfliktni obiteljski odnosi, smrt roditelja, razvod roditelja, život bez jednog ili oba roditelja, vršnjačko nasilje), suicid člana obitelji i /ili prijatelja, te povijest suicida u obitelji, zlostavljanje u djetinjstvu i hospitalizaciju na psihijatrijskim odjelima. Iako su navedeni rizični faktori gotovo jednaki i za nesuicidalno samoozljeđivanje, oni su kod suicidalnih pokušaja znatno izraženiji. S obzirom na gore navedene rizične čimbenike nisu nađene razlike obzirom na etničku pripadnost i socioekonomski status (Asarnow i sur., 2011; Jacobson i sur., 2011; Muehlenkamp i sur., 2012).

5.2.3. Socijalna okolina (vršnjaci, škola)

Više istraživanja ukazuje na značajnost utjecaja socijalne okoline u započinjanju samoozljeđivanja. Tako je primjerice u istraživanju Heath i suradnika (2009) kod većine sudionika (65%) nađena socijalna motivacija za započinjanje samoozljeđivanja. Većina sudionika je navela da razgovaraju sa svojim prijateljima o samoozljeđivanju, 59% je navelo da je prijatelj prvi počeo sa samoozljeđivanjem, a 17% se samoozljeđivalo pred prijateljima. U meta-analizi rizičnih faktora za nesuicidalno samoozljeđivanje koju su proveli Fox i suradnici (2015) se pokazalo da su najznačajniji kontekstualni rizični faktori izloženost nesuicidalnom samoozljeđivanju prijatelja. Kod adolescenata koji se samoozljeđuju i nastavljaju samoozljeđivanje za razliku od onih koji samo razmišljaju o samoozljeđivanju, ali to ne rade, nalazi se to da njihovi prijatelji i vršnjaci imaju pozitivan stav prema samoozljeđivanju, imaju bliskog prijatelja ili člana obitelji koji se samoozljeđuje i imaju više stresnih životnih okolnosti (O Connor, Rasmussen i Hawton, 2012; O'Connor, Rasmussen i Hawton, 2009). Osim za samoozljeđivanje snažan socijalni utjecaj je nađen i za pokušaj suicida. U istraživanju Larsson i Sund (2008) je nađeno da većina adoelescenata koji su pokušali suicid su poznavali prijatelja koji je pokušao ili počinio suicid. U radu Clarke i sur. (2019) se navodi da je suicid vršnjaka rizičan faktor neovisno o tome jesu li bliski ili nepoznati.

Wichstrom i suradnici (2009) su našli da su za nesuicidalno samoozljeđivanje faktori rizika prethodno nesuicidalno samoozljeđivanje, ranija dob započinjanja seksualne aktivnosti i nezadovoljstvo socijalnom podrškom. Loši socijalni odnosi s vršnjacima (npr. osjećaj

neprihvaćenosti), izostanak pozitivnog osjećaja prema školi i angažmanu u školi i školskim aktivnostima, redovitim i izvan nastavnim, te školski neuspjeh su povezani s povećanim rizikom za samoozljeđujuće ponašanje općenito i to posebno sa samoozljeđujućim ponašanjem sa suicidalnom namjerom (Ercegović i sur., 2018; Hansson i sur., 2019; Tomac, 2015; Webb, 2002). U istraživanju koje su proveli Mars i sur. (2014) se pokazalo da se kod samoozljeđivanja sa suicidalnom namjerom nalazi veća povezanost s vršnjačkim nasiljem i samoozljeđivanjem prijatelja. Iako, u nekim istraživanjima nije nađena razlika između suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja s obzirom na razinu vršnjačke podrške (Hamza, i sur. 2012. prema Brausch i Gutierrez, 2010), pokazalo se da adolescenti s nesigurnom povezanosti s vršnjacima su u većem riziku za daljnje samoozljeđivanje (Glazebrook, Townsend i Sayal, 2015). Dobri odnosi s vršnjacima i osjećaj pripadnosti školskom kolektivu su se pokazali zaštitnim faktorima za samoozljeđivanje, dok su se loši odnosi s vršnjacima i vršnjačko nasilje pokazali rizičnima za samoozljeđivanje (Stallard i sur., 2013) pri čemu posredujuću ulogu imaju depresivni simptomi (Karanikola i sur., 2018). Naime, pokazalo se da je slabiji školski uspjeh povezan s razvojem simptoma depresivnosti i samoozljeđivanjem, a posebno ako je u kombinaciji s drugim stresnim životnim događajima i psihičkim problemima roditelja (Rahman i sur., 2018). Simptomi depresije povezani su s padom u školskom postignuću još u osnovnoj školi, dok je pad u postignuću u srednjoj školi povezan sa samoozljeđivanjem (Quinlivan i sur., 2018).

5.2.4. Samoozljeđivanje učenjem po modelu

Jedan od načina na koji se samoozljeđivanje razvija u socijalnom kontekstu je putem socijalnog učenja. Istraživanja pokazuju da samoozljeđivanje može biti socijalno „zarazno“ (Jarvi i sur., 2013; Hansson i sur., 2019). U radovima na engleskom jeziku koristi se termin „social contagion“, a odnosi se na ponašanje, emocije, stavove i uvjerenja koja se prenose s jedne osobe na drugu. S obzirom da su mladi skloni učenju po modelu može doći do modeliranja autodestruktivnog ponašanja njima važnih grupa, grupa vršnjaka s kojima se poistovjećuju ili pojedinaca u kojima traže uzor. Do modeliranja dolazi bez obzira radi li se o posebno osjetljivim i rizičnim skupinama (supkulture, hospitalizirani adolescenti) ili se radi o općoj populaciji. Samoozljeđivanje tada postaje međusobno prepoznata i vrednovana aktivnost, svojevrsni identifikacijski predznak. Može imati karakteristike imitacije s ciljem pripadnosti određenoj

skupini ili može biti pokušaj preuzimanja načina suočavanja i nošenja s negativnim emocijama. Heilbron i Prinstein (2008) navode da se tako zvana „zaraznost“ samoozljeđivanja pokušava objasniti kroz nekoliko teorija, a jedna od njih je **teorija socijalnog učenja** prema kojoj se neko ponašanje uči kroz modeliranje odnosno promatranjem drugih, a održava putem nagrada i kazni koje takvo ponašanje izaziva. Dakle, u socijalnom kontekstu uče se obrasci ponašanja i povećava se vjerojatnost onih ponašanja za koja se vjeruje da će se njima dostići neki ciljevi, primjerice pripadnost određenoj grupi ili viši socijalni status među vršnjacima. Kada govorimo o terminima pozitivnog i negativnog potkrepljenja, u okviru ove teorije, pozitivno potkrepljenje je pažnja drugih osoba koju samoozljeđivanje izaziva ili komunikacija osjećaja. Negativno potkrepljenje je izbjegavanje nepoželjnih situacija (npr. neke aktivnosti ili kazne). Osim bihevioralnih teorija, započinjanje samoozljeđivanja oponašanjem modela nastoji se objasniti i teorijama koje u fokusu imaju formiranje identiteta. Prema **teorijama identiteta**, konformizam je motiviran unutarnjim potrebama i samovrednovanjem. Pojedinci se uključuju u ona ponašanja koja im omogućuju da održe pozitivan osjećaj selfa. Sebe procjenjuju na temelju usporedbe s drugima. Tako ako je neko ponašanje percipirano kao zajedničko većini vršnjaka i poželjno onda će se povećati vjerojatnost korištenja takvog ponašanja, jer će to omogućiti da se osoba prepozna kao dio određene grupe. Upravo to što je u adolescenciji važno mišljenje i odobravanje vršnjaka omogućuje da se netko ponaša kao i drugi članovi grupe bez obzira na svoja drugačija uvjerenja. Navedeno govori o povezanosti funkcije samoozljeđujućeg ponašanja i formiranja identiteta (u isto vrijeme biti dio grupe i imati jasne granice vlastitog psihičkog i tjelesnog prostora) i pribjegavanja identifikacijama (biti sličan određenoj grupi vršnjaka koji se doživljavaju bliskima). To je posebno izraženo kod grupa vršnjaka koje potenciraju željeni identitet (subkulture, npr. emo, gotik, i sl.), gdje posebno oni koji imaju teškoće s regulacijom emocija samoozljeđivanje mogu vidjeti kao način suočavanja s negativnim emocijama ali i postizanja željene slike o sebi. Pokazalo se da faktori koji doprinose izraženijem utjecaju vršnjaka su: ženski spol, pripadnost etničkim manjinama, slabiji status u grupi vršnjaka, nesigurnost oko pripadnosti određenoj vršnjačkoj skupini, odbacivanje od strane vršnjaka, socijalna anksioznost, depresija, loše obiteljsko funkcioniranje i loš odnos s roditeljima, te problemi razvoja identiteta. Također, podložniji utjecaju vršnjaka su oni koji žele biti popularni ili imaju izrazitu želju pripadati nekim određenim grupama vršnjaka (Heilbron i Prinstein, 2008). Tako se u više istraživanja (Young i sur., 2006; Definis-Gojanovic i sur. 2009; Zdanow i Wright, 2013)

pokazalo da su određene subkulture adolescenata koje se definiraju kao “alternativci” (Gotik, Emo, i dr.) u većem riziku za samoozljeđivanje, dok su neke druge grupe (primjerice sportaši) povezane sa zaštitinim ponašanjem (Young i sur., 2014). Adolescenti koji pripadaju alternativnim subkulturama se češće samoozljeđuju (njih oko 45%), skloni su dulje vremena ponavljati samoozljeđivanje, imaju veću motivaciju za samoozljeđivanje, 4-8 puta su u većem riziku za počinjenje suicida (čak i kada se izjednače socioekonomske prilike s adolescentima iz drugih subkultura). Motivacija za samoozljeđivanje je osobna (suočavanje i reduciranje neugodnih emocija) i socijalna u smislu izražavanja težine svog emocionalnog stanja i traženja pomoći, a kod manjeg, ali ipak značajnog broja adolescenata je nađeno da se samoozljeđuju kako bi osjećali pripadnost grupi (Young i sur., 2014). Alternativne subkulture karakterizira jaki osjećaj kolektivnog identiteta i niza za grupu specifičnih vrijednosti i ukusa (stil odijevanja, šminkanja, ukrašavanja tijela, slušanja određenog tipa glazbe, itd). Ako znamo da su osjećaj usamljenosti i odbacivanje od strane vršnjaka snažni rizični faktori za samoozljeđivanje, tada bi pripadanje određenoj subkulturama trebalo biti zaštitni faktor, a ne rizičan. Međutim, jedno od mogućih objašnjenja zašto su adolescenti koji su pripadnici alternativnih subkultura skloniji samoozljeđivanju je to da pripadnost određenoj subkulturama samo po sebi nije rizičan faktor nego da ti adolescenti imaju predispoziciju za samoozljeđivanje, te ih privlače subkulture s uznemirujućim i pomalo morbidnim temama koje reflektiraju njihovo vlastito iskustvo. Drugo objašnjenje je direktno oponašanje (oponašanje vršnjačke grupe) i indirektno oponašanje ili učenje po modelu putem medija (npr. oponašanje ikone iz određene subkulture).

5.2.5. Samoozljeđivanje i medijski sadržaji

Kako znamo da mladi sve više koriste internet kao sredstvo informiranja, komuniciranja i druženja, te putem društvenih mreža sve češće komuniciraju o svojim problemima i traže odgovore na njih istraživanja se sve više počinju baviti utjecajem interneta općenito i društvenih mreža (forumi, blogovi, i sl.) na samoozljeđivanje. Prema nekim podacima na Googleu godišnje ima 42 milijuna pretraga pojma NSSI (što je engleska skraćenica od nesuicidalno samoozljeđivanje), na Youtube-u 2 milijuna pregleda 100 top video snimaka je na temu NSSI, a 1/3 mladih sa samoozljeđivanjem je tražila pomoć online (Brown i Plenner, 2017). Brza dostupnost informacijama i internetska povezanost u problematici samoozljeđivanja ima dvojak

ulogu, odnosno može biti pozitivan i negativan čimbenik. Nalazi pokazuju da internetske interakcije jasno pružaju ključnu socijalnu podršku za socijalno izolirane adolescente, ali mogu normalizirati i potaknuti samoozljeđujuće ponašanje i dodati potencijalno smrtonosnija ponašanja u repertoar ustaljenih metoda samoozljeđivanja adolescenata i onih koji istražuju mogućnosti identiteta (Whitloc, Powers i Eckenrode, 2006).

Marchant i suradnici (2017) pregledom istraživanja na ovu temu potvrđuju da postoje pozitivni i negativni utjecaji društvenih mreža na samoozljeđivanje. Društvene mreže služe za razmjenu informacija o samoozljeđivanju, metodama samoozljeđivanja, načinima prikrivanja ali služe i za traženje pomoći. Kao štetan utjecaj navodi se promatranje samoozljeđivanja kao normativnog ponašanja, započinjanje samoozljeđivanja imitacijom drugih, natjecanje u samoozljeđivanju i zaraznost samog ponašanja, posebno kod ranjivih pojedinaca, te zlostavljanje putem cyberbullinga. Pokazalo se da su uznemirujući postovi o samoozljeđivanju povezani sa suicidalnim idejama i ponašanjem. Kao prednost se navodi pružanje podrške u krizi, smanjenje osjećaja socijalne izolacije i poticanje na traženje podrške. Pretjerano korištenje interneta (više od 2 ili 5 sati na dan) i ovisnost o internetu imaju negativan utjecaj i povezani su sa suicidalnim idejama. Umjereno korištenje interneta ima pozitivan utjecaj između ostalog i jer smanjuje osjećaj usamljenosti na način da pruža priliku da se bude dio zajednice na mreži koja nedostaje u svakodnevnom životu.

Da korištenje interneta i društvenih mreža može imati pozitivan i negativan utjecaj na rizik za samoozljeđivanje i samoubojstvo mladih pokazuje i istraživanje Daine i sur. (2013). Naime, neki korisnici internetske forume doživljavaju kao zajednice podrške za suočavanje s problemima što može povezati osobe koje se osjećaju socijalno izolirane. S druge strane upotreba internetskih foruma može biti povezana s osjećajima beznađa i s porastom suicidalnih ideja kod ranjivih skupina mladih ljudi. S obzirom na dokaze da je izloženost drugima koji se samoozljeđuju glavni faktor rizika za samoozljeđivanje, problem u korištenju interneta i društvenih mreža nastaje kada se samoozljeđivanje predstavlja kao normativan, poželjan i učinkovit način suočavanja s problemima, kada se pruža pristup različitim sadržajima na temu samoubojstva, nasilnim slikama, kada se daju ideje o načinima samoozljeđivanja. Izloženost takvim sadržajima putem interneta može biti povezana s potencijalno opasnijim metodama samoozljeđivanja. Diane i sur. (2013) smatraju da budući da znamo da sadržaji koji su dostupni na internetu imaju snažan utjecaj na djecu i mlade, dostupnost informacija na ovu temu bi se

trebalo iskoristiti u preventivne i terapijske svrhe. Na primjer, mladi imaju tendenciju razmjenjivati iskustva i tražiti rješenje problema na temelju iskustva drugih, pa bi se to moglo iskoristiti na način da se osmisle interaktivni forumi koji bi pružali informacije i podršku mladima, i na taj način djelovali na smanjenje rizika samoozljeđivanja. Isti autori ističu da je ovisnost o internetu relativno novi fenomen i zahtijeva daljnja istraživanja njegovih uzroka, te da su potrebna detaljnija ispitivanja navika u korištenju interneta i provođenje longitudinalnih studija radi praćenja dugoročnih utjecaja upotrebe interneta na mentalno zdravlje ali i za osmišljavanje preventivnih programa. Istraživanje (Lam i sur., 2009) provedeno na kineskim adolescentima pokazuje da adolescenti koji imaju umjerenu ili ozbiljnu razinu ovisnosti o internetu, a njih je u ovom uzorku bilo oko 10%, u usporedbi s adolescentima koji nisu imali ovisnost o internetu imaju dvostruko više samoozljeđujućih ponašanja, uključujući udaranje, povlačenje za kosu i namjerno samozapaljenje. Istraživanje Brown i sur.(2017) pokazuje da se na Instagramu svakodnevno objavljuje veliki broj slika ozljeda nanešenih samoozljeđivanjem. Oko 10% slika je prikazivalo rane koje su najčešće uzrokovane rezanjem ruku ili nogu. Oko 90% slika pokazalo je rane koje su ocijenjene kao blage ili umjerene, dok su vrlo teške rane bile prilično rijetke. Predmeti samoozljeđivanja poput britvica samo su rijetko prikazani. Slike teških rana i one koje prikazuju različite vrste rana izazvale su znatno više komentara nego slike blagih rana. Većina komentara bile su opće rasprave korisnika ili suosjećajni komentari. Relativno malo komentara je bilo neprijateljski ili nasilno, ali i relativno mali broj komentara je izravno pružio pomoć. Karakteristike korisnika nisu dodatno analizirane jer je oko 80% bilo anonimno, a valjanost naznaka starosti ili spola nije mogla biti provjerena. Sudionici koji su dali podatak o dobi bili su prilično mladi (prosječna dob je bila 14,8 godina, a dobni raspon od 12 do 21 godina). Oko 90% korisnika koji su dali podatak o spolu bile su žene. Više slika se postavljalo nedjeljom nego drugim danima u tjednu, moguće zbog nedostatka drugih aktivnosti vikendom. Najmanje slika se objavljuje između 8:00 i 13:00 sati radnim danom. Najveći vrhunac objavljivanja slika bio je u večernjim satima između 20:00 i 22:00 sata vikendom i radnim danom. Vremenski povezane analize nisu ukazale na bilo kakve učinke socijalnog utjecaja (zaraze). Međutim, treba imati na umu da su to samo prve analize s puno nepoznatih faktora, primjerice netko bi mogao shvatiti da slike samoozljeđivanja prizivaju veliku količinu pažnje i može proći duže vrijeme između gledanja slika, samoozljeđivanja i objavljivanja slika. Lewis i Seko (2016) navode da porast broja komentara s porastom težine rana može upućivati na

potencijalno društveno ojačavajuću funkciju postavljanja slika samoozljeđivanja putem interneta. Kako teže rane dovode do znatno više komentara, to bi zauzvrat moglo dovesti do većeg socijalnog jačanja pojedinaca koji postavljaju slike težih rana. Također bi moglo dovesti do toga da pojedinci namjerno (ili podsvjesno) objavljuju slike s većim ranama (i stoga se jače samoozljeđuju), jer sa slikama težih rana doživljavaju mnogo veću pažnju drugih korisnika. Dakle, slike samoozljeđivanja na Instagramu mogu dovesti adolescenate u opasnost da se počnu samoozljeđivati (Lewis i Baker, 2011), s tim da nisu samo bitne slike nego i komentari i pažnja koju izazivaju. S druge strane istraživanje Shanahan, Brennan i House (2019) u kojem se gledala priroda slika označenih kao samoozljeđivanje na popularnim web-lokacijama društvenih medija (Twitter, Instagram i Tumblr) je pokazalo da preko polovine slika označenih kao samopovreda nije imalo eksplicitni prikaz samopovrede. Isto tako pronašli su vrlo malo postova koji su sugerirali da je samoozljeđivanje privlačno, nije bilo postova koji bi se mogli promatrati kao aktivno poticanje drugih na samoozljeđivanje. Web stranice su korištene za izražavanje teških emocija na različite kreativne načine, nudeći inspiraciju drugima kroz oblik tekstova ili zajedničkih poruka o oporavku.

6. PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE I TRETMANI SAMOOZLJEĐIVANJA

Danas postoji veliki broj terapija samoozljeđivanja koje su usmjerene na rad na vještinama kontrole emocija, vještinama komunikacije i vještinama rješavanja problema te na obiteljske odnose i komunikaciju unutar obitelji. Koriste se različite terapijske intervencije, a često se kombiniraju tehnike iz različitih terapijskih pravaca. Možemo ih podijeliti na individualne - one čiji je fokus primarno na radu na vještinama adolescenta, grupne, obiteljske - one u čijem je fokusu obiteljska dinamika, te one u kojem su kombinirane individualne i obiteljske intervencije. Neke intervencije se sastoje od samo jedne terapijske sesije i mogu se koristiti kao krizne intervencije u hitnim službama, a neke su osmišljene za rad s adolescentima kada je rad s obitelji nemoguć ili otežan težom psihopatologijom obitelji. Veći broj terapijskih intervencija je temeljeno na kognitivno-bihevioralnim teorijama.

Tablica 3. Psihološke intervencije i tretmani samoozljeđivanja

	naziv terapije	karakteristike (trajanje/tehnike/ciljevi)	autori/rad
INDIVIDUALNI TRETMAN	*Dijalektička bihevioralna terapija (<i>Dialectical behavior therapy- DBT</i>) (DBT-A) –verzija za adolescente	1x tjedno; vještine regulacije emocija i suočavanja s interpersonalnim teškoćama	Glenn, Franklin i Nock, 2015
	*Trening vještina (<i>Skills-Based Treatment; SBT</i>)	vještine rješavanja problema, kontrole emocija, kognitivno restrukturiranje, tehnike opuštanja	Donaldson i sur., 2005
	*Trening kontrole emocija (<i>Emotion Regulation Training; ERT</i>)	psihoedukacija kontrola emocija modifikacija ponašanja	Iyengar i sur., 2018
	Kognitivna analitička terapija (<i>Cognitive Analytic Therapy; CAT</i>)	integrativna psihoterapija vještine suočavanja sa stresnim situacijama	Ryle i Kerr prema Chanen i sur., 2008
	Individualna interpersonalna psihoterapija za adolescente (<i>Individual Interpersonal Psychotherapy for Adolescents- IPT-A</i>)	rješavanje razvojno primjerenih interpersonalnih problema (npr. pritisak vršnjaka, odnosi s autoritetima) i poboljšanje interpersonalnog funkcioniranja	Glenn i sur., 2016 prema Mufson i sur., 1993

GRUPNI TRETMAN/TRETMAN	*Grupni kognitivno bihevioralni tretman vještina (<i>CBT Skills – Group</i>)	2 tjedna svaki dan psihoeukacija, trening vještina komunikacije, regulacije emocija i rješavanja problema	Glenn i sur., 2015 prema Rudd i sur., 1996
	*Razvojna grupna psihoterapija (<i>Developmental Group Therapy-DGT</i>)	tehnike iz KBT, DBT i psihodinamske grupne terapije za rješavanje poteškoća u interpersonalnim odnosima, problema sa školom, vršnjacima, smanjenje simptoma depresije, samoozljeđivanja, osjećaja beznadnosti	Iyengar i sur., 2018 prema Wood i sur. 2001
INDIVIDUALNI TRETMAN + TRETMAN ADOLESCENT-RODITELJI	*Pojednostavljena dijalektička bihevioralna terapija (<i>Streamlined Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents; DBT-A</i>)	19 tjedana (1x tj individualno, 1x tj obiteljska); vještine kontrole emocija i vještine komunikacije unutar obitelji	Iyengar i sur., 2018 prema Mehlum i sur. 2014
	*Kognitivno-bihevioralna terapija (<i>Cognitive Behavior Therapy -CBT</i>)	kognitivno restrukturiranje, vještine regulacije emocija, socijalne vještine, rješavanje problema, komunikacija unutar obitelji	Asarnow i sur., 2011
	*SAFETY (Safe Alternative for Teens and Youth)	Kognitivno bihevioralni principi, usmjerena na obitelj, osnaživanje zaštitnih mehanizama, učenje vještina nošenja sa stresom, osmišljavanje strategija za osiguravanje sigurnog okruženja za adolescenta	Asarnow i sur., 2015
	*Terapija temeljena na mentalizaciji (<i>Mentalization Based Therapy for Adolescents; MBT-A</i>)	1x tjedno 1 godinu; psihodinamski psihoterapijski program, fokus na impulzivnost i kontrolu emocija učenje pokazivanja osjećaja u emocionalno teškim situacijama	Rossouw i Fonagy, 2012
	*Kognitivno-bihevioralna terapija prilagođena za prevenciju samoubojstava (<i>A 3 – Phase Cognitive-Behavioral Therapy; CBT-SP</i>)	Individualno + rad s roditeljima; 12 seansi; psihoeukacija, izrada sigurnosnog plana, učenje vještina rješavanja problema	Iyengar i sur. 2018 prema Stanley i sur., 2009
	*Integrativna kognitivno bihevioralna terapija (<i>Integrated</i>	1 godina (1x tjedno 6 mjeseci, 1x svaka 2 tjedna tri mjeseca, 1x	Glenn i sur., 2015; Iyengar

	<i>Cognitive Behavioral Therapy; I-CBT)</i>	mjesečno mjesečno zadnja tri mjeseca); kombinirana individualna kognitivno bihevioralna terapija, obiteljska kognitivno bihevioralna terapija i trening roditelja (<i>CBT-Individual + CBT-Family + Parent Training</i>); restrukturiranje, rješavanje problema, kontrola emocija, vještine komuniciranja	i sur., 2018 prema Esposito-Smythers i sur., 2011
TRETMAN OBITELJI	Multisistemska terapija (<i>Multisystemic Therapy MST</i>)	svaki dan 3-6 mjeseci; ekološka; izrada sigurnosnog plana, trening roditeljskih vještina i izdvajanje adolescenta iz problematičnih socijalnih sustava	Glenn i sur., 2015 prema Henggeler sur., 2009
	Obiteljska intervencija usmjerena na problem (<i>Home-based Family Problem Solving Intervention</i>)	bihevioralne tehnike (npr. modeliranje, proba ponašanja) i tehnike obiteljske terapije (npr. psihodukacija, trening komunikacijskih vještina)	Glenn i sur., 2016 prema Harrington i sur., 1998
	Obiteljska terapija utemeljena na privrženosti (<i>Attachment –Based Family Therapy; ABFT</i>)	vještine rješavanja problema, kontrole emocija i organizacije unutar obitelji	Diamond i sur., 2002
	Program pomoći roditeljima adolescenta (<i>Resourceful Adolescent Parent Program; RAP-P</i>)	2h na tjedan 14 dana; elementi kognitivno bihevioralne i interpersonalne terapije Edukacija roditelja o samoozljeđivanju i načinima pomoći adolescentu koji se samoozljeđuje, poboljšati roditeljske vještine, reducirati konflikte i stres unutar obitelji	Shochet i suradnici (1998) Modificirali Pineda i Dadds (2013); Glenn i sur., 2015; Iyengar i sur., 2018
	Intervencije u obiteljskom domu (<i>Home-based Family Intervention</i>)	oko 5 seansi u domu klijenta; usmjerene na obiteljsku disfunkcionalnost	Iyengar i sur., 2018 prema Harrington i sur., 1998
	Obiteljske intervencije usmjerene na prevenciju suicida (<i>Family Intervention for Suicide Prevention; FISP</i>)	Kratka, hitna intervencija; uspostava suradnje adolescenta i roditelja, identificiranje i rješavanje uzroka problema s ciljem sprječavanja budućih suicidalnih ponašanja	Iyengar i sur., 2018 prema Asarnow i sur., 2009

INTERVENCIJE U OKVIRU I SEANSE	*Obiteljska krizna intervencija (<i>Family-Based Crisis Intervention</i>)	osmišljena za hitne situacije (u hitnim službama); učenje kako se nositi s trenutnom i budućim kriznim situacijama, uključuje psihoedukaciju, kognitivno bihevioralne tehnike i izradu sigurnosnog plana; cilj- povećati vjerojatnost uključivanja u daljnji tretman	Hughes i Asarnow, 2013
	Obiteljske krizne intervencije (<i>Family-based Therapy – Emergency</i>)	hitna intervencija; psihoedukacija, izrada sigurnosnog plana i dogovaranje daljnjeg praćenja	Glenn i sur., 2016 prema Rotheram-Borus, 2000
	<i>Therapeutic Assessment</i> - protokol za procjenu samoozljeđivanja	procjena samoozljeđivanja i identifikacija ključnog problema, poticanje motivacije za promjenom	Ougrin i sur., 2012
	Token za hitne slučajeve (<i>Emergency Tokens</i>)	omogućavanje povratka u bolnicu kao bijeg od nepodnošljive obiteljske situacije	Iyengar i sur., 2018 prema Cotgrove i sur., 1995
	Grupa podrške mladih I (<i>Youth Nominated Support Team-I</i>) Grupa podrške mladih II (<i>Youth Nominated Support Team-II</i>)	pružanje podrške od strane osobe (koja nije iz obitelji i koja prethodno prolazi edukaciju), a cilj je umanjiti utjecaj negativnog obiteljskog okruženja	Iyengar i sur., 2018 prema King i sur., 2006;2009

*Psihološke intervencije temeljene na kognitivno bihevioralnim teorijama

6.1. Individualni i grupni tretmani

Kod terapije samoozljeđivanja u terapiju ne moraju nužno biti uključeni članovi obitelji iako je bolje kada jesu, nego može biti uključena samo osoba koja se samoozljeđuje, a tretman može biti individualni ili grupni. Fokus tretmana je rad na vještinama regulacije emocija i suočavanja s problemnim situacijama samog klijenta koji se samoozljeđuje. Jedna od prvih terapija koje su se počele koristiti za terapiju adolescenata koji se samoozljeđuju je dijalektička bihevioralna terapija (*Dialectical behavior therapy- DBT*). Prvotno je bila osmišljena za terapiju graničnog poremećaja ličnosti, a onda se počela koristiti kod adolescenata koji se samoozljeđuju (DBT-A). Intenzivan je tretman koji se provodi individualno jednom tjedno. Terapija doprinosi poboljšanju

vještina regulacije emocija i vještina suočavanja s interpersonalnim teškoćama (Glenn, Franklin i Nock, 2015). Trening vještina (*Skills-Based Treatment; SBT*) i trening kontrole emocija (*Emotion Regulation Training; ERT*) se također provode individualno, a doprinose vještinama rješavanja problema i kontrole emocija. SBT uključuje tehnike kao što je restrukturiranje i tehnike opuštanja (Donaldson i sur., 2005), a ERT psihoedukaciju i modifikaciju ponašanja (Iyengar i sur. 2018). Još jedan od tretmana koji se provodi individualno a čiji je cilj naučiti klijente kako da se učinkovitije nose sa stresnim situacijama je kognitivna analitička terapija (*Cognitive Analytic Therapy; CAT*). To je integrativna psihoterapija koja je nastala na temelju integracije elemenata iz psihoanalitičke teorije objektnih odnosa i kognitivne psihologije. Razvijala se posljednjih 25 godina u Velikoj Britaniji, a autori su Ryle i Kerr (Chanen i sur. 2008). Kod individualne interpersonalne psihoterapije za adolescente (*Individual Interpersonal Psychotherapy for Adolescents- IPT-A*) fokus je na rješavanju razvojno primjerenih interpersonalnih problema (npr. pritisak vršnjaka, odnosi s autoritetima) i poboljšanju interpersonalnog funkcioniranja (Glenn i sur., 2016 prema Mufson i sur. 1993).

Od grupnih tretmana u literaturi odabranoj u ovom radu navodi se grupni kognitivno bihevioralni tretman vještina (*CBT Skills – Group*) i razvojna grupna psihoterapija (*Developmental Group Therapy- DGT*). Grupni kognitivno bihevioralni tretman vještina je intenzivan svakodnevni tretman kroz dva tjedna, uključuje psihoedukaciju, trening vještina komunikacije, regulacije emocija i vještine rješavanja problema (Glenn i sur., 2015 prema Rudd i sur., 1996). Razvojna grupna psihoterapija (*Developmental Group Therapy- DGT*) – kombinira tehnike iz kognitivno-bihevioralne i dijalektičko bihevioralne terapije te psihodinamske grupne terapije. Fokus je na rješavanju poteškoća u interpersonalnim odnosima, problema sa školom, vršnjacima, na smanjenje simptoma depresije, samoozljeđivanja i osjećaja beznadnosti (Iyengar i sur., 2018 prema Wood i sur. 2001).

6.2. Kombinacija individualnog tretmana i tretmana roditelja

Obzirom da je odnos s roditeljima jedan od najznačajnijih rizičnih ali i zaštitinih faktora za samoozljeđivanje terapija same osobe koja se samoozljeđuje nekada nema dovoljnog učinka ukoliko se u terapiju ne uključe i roditelji. Samoozljeđivanje u roditelja izaziva vrlo intenzivne

osjećaje, pri čemu je naizraženiji strah od suicida i ponovnog samoozljeđivanja. Kod roditelja se javlju osjećaji bespomoćnosti, ljutnje, krivnje, neuspjeha, promašenosti i inkompetencije kao roditelja, a može doći i do pogoršanja fizičkog i psihičkog stanja svakog od roditelja (Tomic, 2015). Roditeljima je potreban savjet i podrška kako bi mogli biti adekvatna podrška u tretmanu samoozljeđivanja a također su i prvi koji primijete samoozljeđivanje (Oldershaw i sur. 2008). Stoga su neki tretmani kao primjerice pojednostavljena dijalektička bihevioralna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija prilagođena za prevenciju samoubojstava, integrativna kognitivno bihevioralna terapija, SAFETY, terapija temeljena na mentalizaciji osmišljeni na način da se uz individualni tretman s adolescentom koji se samoozljeđuje radi i s roditeljima na vještinama rješavanja problema i suočavanja sa stresnim situacijama. Kod nekih tretmana seanse s roditeljima su odvojene od seansi s adolescentom, a kod nekih tretmana (npr. DBT-A, CBT, SAFETY, MBT-A) su zajedničke seanse adolescent-roditelji gdje je stavljen naglasak na uspostavi kvalitetnijeg odnosa između adolescenta i roditelja. Pojednostavljena dijalektička bihevioralna terapija (*Streamlined Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents*; DBT-A) traje devetnaest tjedana, a uključuje jednom tjedno individualnu terapiju i jednom tjedno obiteljsku terapiju. Uključuje rad na vještinama kontrole emocija, te na vještinama komunikacije unutar obitelji. (Iyengar i sur., 2018 prema Mehlum i sur. 2014). Kognitivno-bihevioralna terapija (*Cognitive Behavior Therapy -CBT*) uključuje seanse dijete-roditelj s ciljem povećanja podrške, smanjenja kritičizma, poboljšanja komunikacije unutar obitelji i poboljšanja vještina rješavanja problema. Tehnike koje se koriste su kognitivno restrukturiranje, vještine regulacije emocija, socijalne vještine i vještine rješavanja problema (Asarnow i sur., 2011). Kognitivno-bihevioralna terapija prilagođena za prevenciju samoubojstava (*A 3 –Phase Cognitive-Behavioral Therapy*; CBT-SP)- sastoji se od 12 seansi koje uključuju psihoedukaciju, izradu sigurnosnog plana, učenje vještina i rad s roditeljima. Koristi kognitivno bihevioralne principe prema Stanleyju i principe dijalektičko bihevioralne terapije (Iyengar i sur. 2018 prema Stanley i sur., 2009). Neki tretmani imaju kombinaciju individualnih seansi s adolescentom, seansi samo s roditeljima i seansi roditelji -adolescent. Jedan od takvih tretmana je integrativna kognitivno bihevioralna terapija (*Integrated Cognitive Behavioral Therapy*; I-CBT) –ovu intervenciju su osmislili Esposito-Smythers i suradnici (2011). Uključuje kombiniranu individualnu kognitivno bihevioralnu terapiju, obiteljsku kognitivno bihevioralnu terapiju i trening roditelja (*CBT-Individual + CBT-Family + Parent*

Training). Koristi kognitivne tehnike kao što su restrukturiranje, rješavanje problema, kontrola emocija, vještine komuniciranja. Uključuje rad s adolescentima i roditeljima. Traje godinu dana, seanse su jednom tjedno prvih 6 mjeseci, jednom u dva tjedna sljedeća tri mjeseca i potom jednom mjesečno zadnja tri mjeseca (Glenn i sur., 2015 i Iyengar i sur., 2018 prema Esposito-Smythers i sur., 2011). SAFETY (*Safe Alternative for Teens and Youth*) je krizna intervencija usmjerena na obitelj. Temelji se na kognitivno bihevioralnim principima, a cilje je reduciranje budućih suicidalnih pokušaja na način da se osnaže zaštitni mehanizmi, da se nauče vještine nošenja sa stresom i osmisle strategije za osiguravanje sigurnog okruženja za adolescenta. Tretman uključuje individualne i zajedničke seanse za adolescente i njihove roditelje (Asarnow i sur., 2015). Terapija temeljena na mentalizaciji (*Mentalization Based Therapy for Adolescents; MBT-A*) je psihodinamski psihoterapijski program, koji se temelji na teoriji privrženosti, a fokusira se na impulzivnost i kontrolu emocija kako bi se naučilo kako pokazati osjećaje u emocionalno teškim situacijama. Terapija se odvija jednom tjedno kroz godinu dana individualno i u kombinaciji s obitelji (Rossouw i Fonagy, 2012).

6.3. Tretman obitelji

Kako je ranije rečeno problemi unutar obitelji su značajan rizični i zaštitni faktor, a roditelji imaju značajnu ulogu u kreiranju sigurnog okruženja. Stoga je dosta terapijskih intervencija usmjereno na obiteljske odnose. Seanse s obitelji su fokusirane na poboljšanje komunikacije adolescenata i njihovih roditelja, na psihoedukaciju roditelja, terning vještina komunikacije unutar obitelji i vještina rješavanja problema. Multisistemska terapija (*Multisystemic Therapy - MST*; Glenn i sur., 2015 prema Henggeler sur. 2009) – klasificirana kao ekološka, usmjerena je na obitelj ali i na sustave izvan obitelji (vršnjake, školu i društvo) s ciljem promjene adolescentskih problematičnih ponašanja. S obitelji se kontaktira svakodnevno (ako je potrebno) kroz 3-6 mjeseci, a fokus je na izradi sigurnosnog plana, treningu roditeljskih vještina i izdvajanju adolescenta iz problematičnih socijalnih sustava. Obiteljska intervencija usmjerena na problem (*Home-based Family Problem Solving Intervention*) uključuje bihevioralne tehnike (npr. modeliranje, proba ponašanja) i tehnike obiteljske terapije (npr. psihodukacija, trening komunikacijskih vještina) (Glenn i sur., 2016 prema Harrington i sur. 1998). Obiteljska terapija utemeljena na privrženosti (*Attachment –Based Family Therapy; ABFT*) – osmišljena da se

poboljšaju vještine rješavanja problema, kontrole emocija i organizacije unutar obitelji (Diamond i sur., 2002). Uz navedene obiteljske terapije koje su duljeg trajanja, postoje i intenzivne i kratkotrajne. Primjerice tzv. intervencije u obiteljskom domu (*Home-based Family Intervention*) koje su usmjerene na obiteljsku disfunkcionalnost, često ih provode socijalni radnici, intenzivne su i kratkotrajne. Sastoje se od oko pet terapijskih seansi koje se provode u domu klijenta (Iyengar i sur., 2018 prema Harrington i sur., 1998). Zatim obiteljske intervencije usmjerene na prevenciju suicida (*Family Intervention for Suicide Prevention; FISP*) su također kratke hitne intervencije s ciljem uspostave suradnje između adolescenata i njihovih roditelja, te identificiranje i rješavanje uzroka problema s ciljem sprječavanja budućih suicidalnih ponašanja (Iyengar i sur., 2018 prema Asarnow i sur., 2009). Za pomoć isključivo roditeljima adolescenata koji se samoozljeđuju Shochet i suradnici (1998) osmislili su program RAP-P (*Resourceful Adolescent Parent Program*). Program se temelji na elementima kognitivno bihevioralne i interpersonalne terapije. U svom radu program su malo modificirali Pineda i Dadds (2013) na način da je dodana još jedna uvodna seansa kako bi se roditeljima moglo pružiti više informacija o samoozljeđivanju, te kako bi ih se educiralo o načinima kako pomoći adolescentu koji se samoozljeđuje. Cilj intervencije je poboljšati roditeljske vještine, reducirati konflikte i stres unutar obitelji. Seanse traju dva sata na tjedan kroz četrnaest dana (Glenn i sur., 2015; Iyengar i sur., 2018).

6.4. Kratke hitne intervencije u okviru 1 seanse

U radovima odabranim u ovom radu navedeno je nekoliko terapijskih intervencija koje su osmišljene kao brza i kratka pomoć u kriznim situacijama, te se mogu koristiti u hitnim službama. Jedan od takvih tretmana je obiteljska krizna intervencija (*Family-Based Crisis Intervention*) koja je kognitivno-bihevioralna terapija čiji je cilj pomoći obitelji na način da ih se nauči kako se nositi s trenutnom i budućim kriznim situacijama. Uključuje psihoedukaciju, kognitivno bihevioralne tehnike i izradu sigurnosnog plana. Jedan od ciljeva ove terapijske intervencije je povećati vjerojatnost uključivanja pacijenta u daljnji tretman (Hughes i Asarnow, 2013). Još jedna kratka hitna intervencija je i obiteljska krizna intervencija (*Family-based Therapy – Emergency*). Tretman se provodi u okviru jedne seanse koja uključuje psihoedukaciju, sigurnosni plan i dogovaranje daljnjeg praćenja (Glenn i sur., 2016 prema Rotheram-Borus,

2000). Zatim *Therapeutic Assessment* je također tretman koji se sastoji od jedne seanse. Uključuje procjenu samoozljeđivanja i identifikaciju ključnog problema, poticanje motivacije za promjenom i traženje načina da se izađe iz „začaranog kruga“ (Ougrin i sur., 2012).

Još neke intervencije koje se navode u radovima su:

- Grupa podrške mladih I (*Youth Nominated Support Team-I*) – tjedni kontakt adolescenta i odabrane osobe za podršku (koja nije član obitelji), a temelji se na spoznaji da podržavajuća osoba može umanjiti utjecaj negativnog obiteljskog okruženja. Osoba koja je odabrana za podršku prolazi edukaciju u trajanju 1,5 – 2 sata (Iyengar i sur., 2018 prema King i sur., 2006)
- Grupa podrške mladih II (*Youth Nominated Support Team-II*) – slično kako i grupa podrške I samo što se zahtijeva da osoba koju se bira da bude podrška bude odrasla osoba, a ne netko od vršnjaka (Iyengar i sur., 2018 prema King i sur., 2009).
- tzv. Token za hitne slučajeve (*Emergency Tokens*) – pacijentima koji se samoozljeđuju je dozvoljeno da se vrate u bolnicu u situacijama kada trebaju bijeg od nepodnošljive obiteljske situacije (Iyengar i sur., 2018 prema Cotgrove i sur., 1995).

Psihofarmaci se ne preporučuju za liječenje samoozljeđivanja (Wijana i sur., 2018), ali se daju za liječenje komorbidne psihopatologije, kad je to potrebno. U nekoliko zemalja su predložene opće smjernice za pružanje terapijskih usluga mladima koji imaju nesuicidalno ili suicidalno samoozljeđivanje. Njemačke smjernice za tretman adolescenata koji imaju nesuicidalno samoozljeđivanje su: uspostava predanosti tretmanu, psihoedukacija, identificiranje faktora i okidača koji održavaju samoozljeđivanje, pružanje alternativnih ponašajnih vještina i vještina rješavanja problema, liječenje komorbidnih psihijatrijskih poremećaja i ako je potrebno osmišljavanje sigurnosnog plana (Plener i sur., 2016). Najčešće se preporučuju slijedeće strategije za pomoć suicidalnim pacijentima: pisanje sigurnosnog plana, uklanjanje i ograničavanje pristupa potencijalno životno ugrožavajućim okruženjima ili predmetima; pojačano motrenje rizične mlade osobe od strane odraslih; smanjivanje rizičnih faktora poput obiteljskih konflikata, traženje tretmana za probleme spavanja, suradnja sa školom u rješavanju vršnjačkog nasilja, uključenost roditelja. Rad s roditeljima uključuje rad na jačanju odnosa dijete roditelj i poboljšanje obiteljskog funkcioniranja, jer se želi postići da dijete komunicira s roditeljima kada je u krizi (Clarke i sur., 2019). Psihodinamski orjentirani terapeuti ističu važnost

nesvjesnog u terapiji samoozljeđivanja, odnosno važnost ranih i sadašnjih iskustava, doživljaja selfa i razvoja identiteta. Naglašavaju važnost da se klijentu kroz terapiju omogući izražavanje potisnutih negativno obojenih teških misli i osjećaja kako bi se postupno suočio s njima i na taj način se reducirala potreba za samodestruktivnim ponašanjem (Yakeley i Burbridge –James, 2018).

6.5. Istraživanje evaluacije učinkovitosti tretmana

Iako su se neke intervencije pokazale uspješnijima od drugih, još uvijek ne postoji tretman koji se pokazao u potpunosti kontinuirano uspješnim u smanjenju samoozljeđivanja. U istraživanju Hansson i suradnika (2019) pokazalo se da su farmakološki tretmani bili korisni samo u kombinaciji s psihoterapijom. Međutim, do sada nije nađena niti jedna psihofarmakološka terapija koja bi bila specifično učinkovita za samoozljeđivanje (Plener i sur., 2018). Pokazalo se da na smanjenje samoozljeđivanja i/ili prestanak samoozljeđivanja bolji učinak imaju one intervencije koje u terapijski proces uključuju obitelj, odnosno roditelje, dulje traju i imaju više seansi, pri čemu uključivanje roditelja ima najveću značajnost (Ougrin i sur., 2015; Brent i sur., 2013). Zajednički elementi terapija koje su se pokazale najučinkovitijima su: trening obiteljskih vještina (npr. obiteljska komunikacija i vještine rješavanja problema), edukacija i trening roditelja (nadzori i upravljanje kriznim situacijama), individualni trening vještina (regulacija emocija i rješavanje problema). Najučinkovitiji tretmani su intenzivni i fokusirani na reduciranje neadaptivnih ponašanja i rizičnih faktora. Uz uključenost i podršku roditelja kao značajni faktori ističu se rad na vještinama kontrole emocija, vještinama komunikacije i rješavanja problema (Carke i sur., 2019). Pokazalo se da terapijske intervencije imaju snažniji efekt na nesuicidalno samoozljeđivanje nego na suicidalne pokušaje (Ougrin i sur., 2015). Istraživanja pokazuju da hospitalizacija nema značajnog učinka na suicidalne pokušaje, jer se pokazalo da je u prva tri mjeseca nakon otpusta najveća stopa suicida (Clarke i sur., 2019).

Evaluacija učinkovitosti tretmana pokazuje da su za smanjenje samoozljeđivanja najučinkovitije intervencije temeljene na kognitivno bihevioralnoj terapiji (Iyengar i sur., 2018; Hawton i sur. 2016). U ovu grupu intervencija spadaju: **dijalektičko bihevioralna terapija (DBT)**,

kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), terapija temeljena na mentalizaciji (MBT), te SAFETY (Ougrin i sur., 2015; Iyengar i sur., 2018; Clarke i sur., 2019). Integrativna obiteljska terapija također daje dobre rezultate u smanjenju samoozljeđivanja, ali su bolji rezultati postignuti s DBT.

Kod DBT fokus je na razvoju vještina djece i roditelja, uključuje komponente grupe, trajanje terapije je dugo, u prosjeku 19 tjedana. Komponente DBT su iste za adolescente i za odrasle s iznimkom da kod terapije s adolescentima (DBT-A) postoje i seanse s obitelji/roditeljima. Sastoji se od individualne psihoterapije jednom tjedno (cilj je povećati motivaciju i smanjiti disfunkcionalna ponašanja, strukturirati okruženje da bi se potakla pozitivna promjena) i jednom tjedno seansa s roditeljima u kojoj se radi na grupnim obiteljskim vještinama (tolerancija distresa, mindfulness, regulacija emocija). Terapija traje 4-6 mjeseci dva puta tjedno. Pokazala se učinkovitom u smanjenju samoozljeđivanja, suicidalnih ideja i depresivnih simptoma i u kliničkom i nekliničkom okruženju (Clarke i sur., 2019). U istraživanju McCauley i sur. (2018) se pokazalo da je DBT učinkovitija u smanjenju samoozljeđivanja i suicidalnih pokušaja kod adolescenata koji se samoozljeđuju i visoko su suicidalni.

S druge strane istraživanje Glenn, Franklin i Nock (2015) je pokazalo da ne postoji jedan dobro utemeljeni i najučinkovitiji tretman samoozljeđivanja, već se nekoliko tretmana pokazalo učinkovitijima, a to su: KBT individualna u kombinaciji s KBT obiteljskom i treningom roditelja, obiteljska terapija s fokusom na trening roditelja, obiteljska terapija s fokusom na privrženost, interpersonalna individualna psihoterapija, individualna psihodinamska terapija u kombinaciji s psihodinamskom obiteljskom terapijom. Zanimljivo je da se u ovom radu (Glenn i sur., 2015) među učinkovitijima nije pokazala dijalektičko bihevioralna terapija. Obzirom da su tretmani iz širokog raspona teorijskih orijentacija – kognitivno bihevioralne terapije, obiteljske i psihodinamske terapije, moguće da je dobivena efikasnost posljedica zajedničkih elemenata korištenih tretmana (Brent i sur., 2013).

Učinkovitim u smanjenju samoozljeđivanja, ali i depresivnih simptoma se pokazala i MBT-A. (Iyengar i sur 2018; Rossouw i Fonagy 2012). Što se tiče sekundarnih ishoda (smanjenje simptoma depresivnosti i drugih internaliziranih tegoba) neka istraživanja ukazuju na djelotvornost obiteljske terapije usmjerene na privrženost (Iyengar i sur., 2018).

S obzirom da neka istraživanja ne razlikuju samoozljeđivanje sa i bez suicidalne namjere može se dogoditi da se pokažu pretjerani pozitivni ili negativni efekti nekih terapija, jer znamo da su ta dva ponašanja etiološki drugačija pa onda i terapije imaju drugačiji učinak na ta ponašanja. Zato su za nesuicidalno samoozljeđivanje posebno osmišljene dvije intervencije: **individualna terapija regulacije emocija za adolescente (ERITA - *Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents*)** i tzv. Program rezanje (**CDP - *Cutting Down Program***) koji je baziran na principima kognitivno bihevioralne i dijalektičko bihevioralne terapije (Westers i Plener, 2019). Na jednom istraživanju u Švedskoj pokazalo se da ERITA značajno smanjuje učestalost i metode nesuicidalnog samoozljeđivanja kod adolescenata (Westers i Plener, 2019 prema Bjureberg i sur., 2017, 2018).

Fisher i suradnici (2013) su testirali učinkovitost novog kognitivno bihevioralnog tretmana – „**Cutting Down Programme**“ (**CDP**) koji je osmišljen kao strukturirana kratkotrajna psihoterapija koja se odvija kroz 8 do 12 terapijskih seansi, kroz koje se radi na motivaciji klijenta za prestanak samoozljeđivanja, identificiranju razloga samoozljeđivanja, te se ispituju alterantivni obrasci ponašanja umjesto samoozljeđivanja. Navedeni autori ispitanike su podijelili u dvije skupine, one koje su podvrgnuli ovom tretmanu i kontrolnu skupinu, tj. one koji su primali uobičajeni tretman. Ispitivanje stanja su vršili u tri točke mjerenja (prije tretmana, nakon tretmana i 6 mjeseci nakon tretmana). Primarni kriterij je bilo smanjenje samoozljeđivanja, a sekundarni kriteriji su bili smanjenje depresivnosti i općenito povećanje dobrobiti. Terapija se pokazala učinkovitom u reduciranju samoozljeđivanja, smanjenju depresivnosti i anksioznosti, a kao još jednu prednost ove terapije spomenuti autori ističu i to da je kratkotrajnija od DBT-a.

Još jedan terapijski tretman osmišljen za terapiju samoozljeđivanja je intenzivna integrirana individualna i obiteljska terapija tzv. **intenzivni kontekstualni tretman (ICT)** koji uključuje principe funkcionalne obiteljske terapije, a za cilj ima poboljšati komunikaciju unutar obitelji, a pri tom uključuje principe dijalektičko bihevioralne terapije i kognitivno bihevioralne terapije. Pokazalo se da je ova terapija učinkovita u smanjenju samoozljeđivanja, internalnih i eksternalnih teškoća, da skraćuje broj dana provedenih u bolnici, doprinosi boljoj komunikaciji djeteta-roditelji, boljem funkcioniranju u školi i boljoj prilagodbi općenito (Wijana i sur., 2018).

6.6. Prevencija i rana intervencija

Osim tretmana, za samoozljeđivanje su od presudne važnosti **prevencija** i rano otkrivanje. S obzirom da se procjenjuje da se u svijetu jedno od petero djece samoozljeđuje bez suicidalnih namjera pokazala se potreba za osmišljavanjem načina brze i rane detekcije samoozljeđivanja, te osmišljavanja preventivnih programa i podizanja svijesti i znanja o ovom problemu. Robinson i suradnici (2018) navode da kratke intervencije u kliničkim okruženjima i psihoedukacija u kombinaciji s probirom u školskim uvjetima mogu značajno doprinjeti prevenciji i smanjenju suicidalnih ideja i samoozljeđivanja. Kelly (2018) naglašava da je za smanjenje suicidalnog rizika važna dobra koordinacija i angažman primarne zdravstvene zaštite, socijalne skrbi i službi za mentalno zdravlje.

Iako postoji nekoliko smjernica za pružatelje medicinskih usluga za procjenu samoozljeđivanja i suicidalnog rizika, samo jedan model je osmišljen da bude instrument za brzu procjenu rizika u pedijatrijskoj skrbi, tzv. SOARS model (Suicidalne ideje; Početak, učestalost i metode; Zbrinjavanje; Razlozi; Stupanj promjene; engl. *Suicidal ideation; Onset, frequency and methods; Aftercare; Reasons; and Stage of change*). Navedeni model obuhvaća procjenu suicidalnih ideja, početak, učestalost i metode samoozljeđivanja, način zbrinjavanja ozljeda, uzroke samoozljeđivanja i mogućnost promjene odnosno prestanka samoozljeđivanja (Westers i sur., 2016). Preporuka liaison psihijatara i psihologa je da se kod svih pedijatrijskih pacijenata starijih od 10 godina napravi kratka procjena suicidalnog rizika koja bi uključivala procjenu znakova upozorenja kao što je nesuicidalno samoozljeđivanje, osjećaj beznadnosti i suicid člana obitelji (Westers i Plener, 2019).

Obzirom da je internet mjesto gdje će mladi najprije potražiti informacije o nekoj temi, pokazalo se da je potrebno osmisliti programe pomoći putem interneta. Kako bi istražili što mladi ljudi koji se samoozljeđuju zapravo misle o samoozljeđivanju Jones i sur. (2011) osmislili su online forum „SharpTalk“ koji je djelovao kao skupina za podršku i kao internetska fokus grupa. Pokazalo se da na osnovi ovog foruma ne samo da mladi koji se samoozljeđuju imaju koristi nego da na ovaj način o samoozljeđivanju uče i zdravstveni djelatnici. Mladi koji su sudjelovali u forumu su izjavili da su o problemima mentalnog zdravlja saznali više na internetskim forumima za raspravu, nego na informativnim web lokacijama. Otkrili su da je o samoozljeđivanju lakše razgovarati sa strancima nego s obitelji ili prijateljima i radije su razgovarali putem interneta

nego licem u lice ili telefonom. Cijenili su anonimnost koju su forumi pružili i izvijestili su o osjećaju da mogu više otkriti uz manju vjerojatnost da će ih netko osuđivati putem interneta u odnosu na stvarni život. Istraživanje ukazuje na značaj anonimnosti za korisnike foruma, omogućavajući im da otvoreno razgovaraju o osjetljivim pitanjima na način na koji inače to ne bi mogli. Anonimni internetski forumi za raspravu, ako su dobro moderirani mogu ponuditi dodatnu podršku koja nije dostupna drugdje. Potencijalna korist ovakvih foruma bi mogla biti u pružanju podrške ranjivim i ugroženim ljudima. Nadalje ističu se i pozitivni efekti u smislu inhibicije samoozljeđivanja uključivanjem u pozitivnu i podržavajuću internetsku zajednicu kao što pokazuju rezultati nekih drugih istraživanja (Lewis i Seko, 2016). Također internet, odnosno, primjerice, identifikacija osoba koje objavljuju ili gledaju slike samoozljeđivanja, pruža potencijal za rad na prevenciji samoozljeđivanja i samoubojstva na način da se te osobe identificiraju kao rizične i kao one koje trebaju daljnju pomoć. Nadalje, pristup psihološkom savjetovanju putem društvenih mreža bi mogao biti još jedan od načina korištenja društvenih medija za prevenciju ili smanjenje samoozljeđivanja.

Neki od takvih programa pomoći putem interneta su: Crisis Text Line (www.crisistextline.org) koji pruža besplatnu kriznu intervenciju putem tekstualne poruke bilo kojoj osobi u SAD-u, Kanadi i Velikoj Britaniji (Westers i Plener, 2019), zatim Treatment Assessment Recover (STAR; www.star-projekt.de). U Švedskoj je napravljena online ERITA verzija i nađeno je da je doprinjela reduciranju nesuicidalnog samoozljeđivanja (Westers i Plener, 2019 prema Bjureberg i sur., 2018). Također, osmišljeno je puno aplikacija, a jedna od takvih je TEC (evaluacija terapijskog stanja, eng. *therapeutic evaluative condition*). Negativna strana aplikacija je ta da budući da omogućuju anonimnost, prekid kontakta od strane korisnika onemogućava praćenje stanja, osobito suicidalnih pacijenata. Druga poteškoća kod ovakvih aplikacija je nemogućnost dobivanja neverbalnih znakova u komunikaciji s pacijentom, a koji omogućuju precizniju procjenu stanja (Westers i Plener, 2019).

Dakle, istraživanja navode pozitivne i negativne aspekte interneta i društvenih mreža na samoozljeđivanje te navode potencijal korištenja društvenih mreža i foruma u prevencijske i terapijske svrhe.

7. RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Samoozljeđivanje je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema zbog svoje učestalosti i visokog rizika za suicid. Podaci pokazuju da svaki četvrti adolescent razmišlja o samoozljeđivanju, a svaki peti ili šesti se samoozljeđuje (Stallard i sur., 2013). U novije vrijeme nesuicidalno samoozljeđivanje se razmatra kao nova dijagnoza. Za adekvatan pristup i pomoć u rješavanju problema potrebno je istražiti rizične i zaštitne čimbenike kako bi se osmislile učinkovitije terapijske intervencije i programi prevencije. U ovom radu je dat prikaz osobnih i zaštitnih čimbenika, poteškoća istraživanja na ovom području i ograničenja u generalizaciji dobivenih rezultata, te je dat prikaz terapijskih intervencija koje su do sada korištene. Opisane spoznaje omogućuju bolje razumijevanje ovog problema, a cjeloviti prikaz rizičnih i zaštitnih čimbenika između ostalog omogućuje i rad na prevenciji.

Analizom rezultata istraživanja pokazalo se da samoozljeđivanju doprinosi kombinacija niza osobnih i kontekstualnih rizičnih čimbenika i njihova interakcija. Primjerice istraživanja ukazuju da je utjecaj psihopatologije roditelja na samoozljeđivanje djeteta posredovan psihološkim karakteristikama djeteta (Gromatsky i sur., 2017). Dakle, rezultati upućuju da uvijek postoji kombinacija različitih osobnih i kontekstualnih čimbenika. Iako prediktivna snaga pojedinih faktora varira ovisno o načinu provedbe istraživanja, u većini istraživanja se pokazalo da su najznačajniji rizični faktori problemi obiteljske dinamike i odnosa s roditeljima, depresivni poremećaj i ženski spol.

Pregledom radova pokazalo se da su najčešće navođeni *rizični osobni faktori* za samoozljeđivanje: ženski rod, impulzivnost, problemi kontrole emocija, nisko samopoštovanje, nedostatak adekvatnih strategija suočavanja i rješavanja problema, problemi razvoja identiteta, aleksitimija, nisko samopoštovanje, zabrinutost oko seksualne orijentacije, osjećaj bezvrijednosti i beznadnosti, agresivnost i visoka razina ljutnje, neuroticizam, perfekcionizam, nedostatak optimizma, negativno razmišljanje i usmjeravanje na negativne sadržaje, negativno predviđanje budućnosti. Također, navode se različiti psihički poremećaji: depresija, anksioznost, poremećaji hranjenja, poremećaji raspoloženja, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaj prilagodbe, psihotični poremećaji, poremećaji ponašanja, granični poremećaj ličnosti, emocionalni poremećaji s početkom u djetinjstvu, poremećaji uzimanja psihoaktivnih tvari itd.. Rano iskustvo traume i odvajanje od roditelja (smještaj u drugu obitelj, ustanovu, dom) i nesigurna privrženost.

Od *rizičnih kontekstualnih faktora* najčešće se opisuju: problemi unutar obitelji, karakterizirani lošom komunikacijom, problemima odnosa roditelj – dijete, fizičko, psihičko i seksualno zlostavljanje i zanemarivanje, svjedočenje nasilju u obitelji, psihičke bolesti jednog ili oba roditelja, visoka kritičnost roditelja, samoozljeđivanje jednog ili oba roditelja, samoozljeđivanje prijatelja, pripadnost pojedinim subkulturama (Emo, Gotik, i sl.) u kojima se samoozljeđivanje doživljava kao poželjno ponašanje, pretjerano korištenje interneta i izloženost sadržajima samoozljeđivanja, socijalna izoliranost, loši socijalni odnosi s vršnjacima i izloženost vršnjačkom nasilju. Također, u istraživanjima se pokazalo da odrastanje u lošim socio-ekonomskim uvjetima također predstavlja rizičan faktor za samoozljeđivanje jer doprinosi većem stresu roditelja i cijeloj obitelji. Nadalje pritisak obitelji zbog školskog uspjeha i nerealna očekivanja također su jedan od rizičnih faktora.

S druge strane kao zaštitni osobni faktori izdvaja se adaptacija i osjećaj prihvaćenosti u grupi vršnjaka, sigurna privrženost, visoko samopoštovanje, dobre socijalne vještine i odsustvo psihopatologije. Što se tiče kontekstualnih faktora zaštitnim su se pokazali dobri odnosi i kvalitetna komunikacija unutar obitelji, dobar odnos s roditeljima, dobri socijalni odnosi s vršnjacima, školski uspjeh i uključenost u izvannastavne aktivnosti.

Smatra se da se neusidralno samoozljeđivanje javlja kao mehanizam kojim se olakšavaju emocionalne teškoće i smanjuje napetost, a može biti i oblik samokažnjavanja ili manipulacije (Dodig-Ćurković, K. i sur. 2013). Prema rezultatima pregleda odabranih radova, kao najčešći razlozi za samoozljeđivanje adolescenata navode se:

- a) privlačenje pažnje drugih
- b) reguliranje odnosa sa roditeljima
- c) reguliranje intenzivnih i preplavljujućih emocija
- d) imitacija vršnjaka i utjecaj društvenih mreža.

Do samoozljeđivanja dovodi niz emocionalno disfunkcionalnih okolnosti:

- emocionalna ranjivost (smanjena otpornost i neadekvatno izražavanje emocionalnih reakcija),

- neefikasna emocionalna regulacija (najčešće uslijed potiskivanja, susprezanja i izbjegavanja negativnih osjećaja),
- emocionalno neadekvatna okolina (ponižavanje nećijih vlastitih iskustava, nepredvidive reakcije na nećije iskreno iskazane osjećaje).

Neki autori smatraju da su nesuicidalno samoozljeđivanje i samoozljeđivanje sa suicidalnim namjerama dvije odvojene kategorije, te da bi prepoznavanje kao odvojene dijagnoze trebalo omogućiti da se budućim istraživanjima razgraniče pravi etiološki, motivirajući i održavajući čimbenici što će omogućiti dizajn specifičnih tretmana i intervencija za nesuicidalno samoozljeđivanje (Butler i Malone, 2013). Drugi autori su mišljenja da su to dijelovi istog kontinuuma jer imaju dosta zajedničkih rizičnih i zaštitnih faktora. Međutim iako imaju niz zajedničkih rizičnih i zaštitnih faktora nisu jedan entitet, jer među njima postoje bitne kvalitativne i fenomenološke razlike. Glavna razlika između ova dva tipa samoozljeđivanja je postojanje suicidalne namjere, letalnost korištenih metoda i učestalost samoozljeđivanja. Najznačajniji rizični faktor i za suicidalno i za nesuicidalno samoozljeđivanje je prethodno nesuicidalno samoozljeđivanje. Nesuicidalno samoozljeđivanje i pokušaj suicida mogu se javljati odvojeno i neovisno jedno o drugome, a mogu postojati i istovremeno ili se izmjenjivati u vremenu kod iste osobe (Muehlenkamp i suradnici, 2012). Dosadašnji rezultati istraživanja pokazuju da riziku samoozljeđivanja doprinose brojni faktori koje možemo svrstati u osobne i kontekstualne.

Problemi istraživanja u ovom području su različita terminologija samoozljeđivanja, a u skladu s definicijom u istraživanjima se koriste različite metodologije (različiti instrumenti procjene, vremenski okviri ispitivanja, metode samoozljeđivanja uključene u istraživanje, različita je dob ispitanika, neka istraživanja su uključivala opću populaciju, druga su imala klinički uzorak, itd.). Visoka varijabilnost u sadržaju koji se procjenjuje otežava zaključivanje, doprinosi različitoj procjeni prevalencije samoozljeđivanja, te ograničava mogućnost preciznog identificiranja rizičnih faktora. Pokazalo se da je procjena prevalencije veća kada se za procjenu koriste upitnici koji imaju više od jednog pitanja povezanog sa samoozljeđivanjem, odnosno kada ispituju široki raspon samoozljeđujućeg ponašanja, nego kada se postavi samo jedno pitanje o tome da li se samoozljeđuju na koje ispitanik odgovara sa da i ne. Stoga se pokazala potreba da se standardizira način ispitivanja samoozljeđivanja, a kao prvo da se jasno definira radi li se o

suicidalnom ili nesuicidalnom samoozljeđivanju, ili pak nesuicidalnom samoozljeđivanju sa suicidalnim mislima. Što se tiče instrumenata za procjenu samoozljeđivanja u nekim radovima se predlaže da bi ispitanike bilo najbolje prvo pitati da li se samoozljeđuju ili ne, ako odgovore potvrdno onda da se ispuni opsežan upitnik ili da se provede opsežan intervju o načinima samoozljeđivanja, učestalosti, trajanju, postojanju suicidalnih misli, zaštitnim i rizičnim čimbenicima, motivaciji za samoozljeđivanje odnosno funkciji samoozljeđujućeg ponašanja. Također se predlaže da bi istraživanja trebala biti longitudinalna kako bi se mogle pratiti promjene u samoozljeđivanju kod istih ispitanika tijekom vremena i promjene u životim okolnostima što bi dalo jasniju sliku o etiologiji, rizičnim i zaštitnim čimbenicima, motivaciji za samoozljeđivanje, te jasniju procjenu prevalencije ovog ponašanja. Navedeno bi omogućilo osmišljavanje efikasnijih terapijskih intervencija.

S obzirom da suicidalno i nesuicidalno samoozljeđivanje dijele niz zajedničkih faktora, te da se u oko 60% adolescenata koji imaju nesuicidalno samoozljeđivanje javljaju i suicidalne misli, ključno pitanje i izazov je procjena suicidalnog rizika. Iako namjera samoozljeđivanja nije samoubojstvo, samoozljeđivanje može potencijalno ugroziti život. Pokazalo se da je nesuicidalno samoozljeđivanje najснаžniji prediktor budućeg samoozljeđivanja i suicidalnih pokušaja. U osoba koje su sklone ponavljajućem samoozljeđivanju postoji veliki rizik za suicid koji je i do 100 puta veći u odnosu na opću populaciju. Neka istraživanja ukazuju da u 40-60 % počinjenih suicida prije samoubojstva se javljalo samoozljeđivanje (Nock i sur., 2006). U kliničkoj populaciji 24-30% adolescenata koji su imali nesuicidalno samoozljeđivanje su imali i pokušaj suicida, dok u općoj populaciji 4-8 % (Asarnow, i sur. 2011; Hawton i sur., 2012; Andover i sur., 2012; Zetterqvist, i sur., 2013). Predloženo je nekoliko teorija za objašnjenje kako nesuicidalno samoozljeđivanje vodi suicidu. Prema jednoj od njih ponavljano samoozljeđivanje povećava prag tolerancije na bol i smanjuje strah od boli i smrti te povećava rizik za suicidalni pokušaj.

Do danas su identificirani brojni rizični faktori za pokušaj suicida: ozbiljniji simptomi psihopatologije i komorbiditet s više psihičkih poremećaja, općenito veći broj rizičnih faktora, veće teškoće u psihosocijalnom funkcioniranju, izraženija depresivnost i impulzivnost, metode samoozljeđivanja za koje je veća vjerojatnost smrtnog ishoda, veća učestalost samoozljeđivanja, dulje trajanje, i dr. Unatoč tome, uvjeti pod kojima nesuicidalno samoozljeđivanje povećava rizik za suicidalni pokušaj su nejasni, a procjena suicidalnog rizika kod samoozljeđivanja je otežana

nizom zajedničkih rizičnih faktora koji se nalaze i kod samoozljeđivanja i kod pokušaja suicida. Naime, pokazalo se da nema razlike u vrsti i učestalosti psihijatrijskih poremećaja između adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem bez suicidalnih namjera i adolescenata sa suicidalnim ponašanjem u smislu neuspjelih pokušaja suicida, ali da porast broja rizičnih faktora povećava rizik za suicid. Također, nisu identificirani rizični faktori koji se javljaju neposredno prije pokušaja suicida, a što bi bilo od iznimne važnosti otkriti. Neke razlike između samoozljeđivanja i suicidalnih promišljanja koje navode Walsh i Rosen (1988) su:

- kod suicida se javlja nepodnošljiva psihološka bol koja se percipira kao dugoročna i neizbježna, te predstavlja oblik bijega i okončanja patnje. Kod samoozljeđivanja se radi o postupno eskalirajućoj psihološkoj boli sve dok ne postane nepodnošljiva. Nema dugoročne, kronične, neizdržive boli, nego se izmjenjuju periodi tzv. emocionalnog zatišja, smirenja koje omogućuje olakšanje unutarnje tjeskobe.
- Osobe koje se samoozljeđuju imaju izrazito nisku toleranciju na frustraciju, impulzivne su i traže istog trenutka zadovoljenje potrebe, a suicidalne osobe obično trpe frustraciju mjesecima pa i godinama prije nego što se odluče za počinjenje suicida.
- Za počinitelja suicid je jedini način rješavanja nepodnošljive frustracije i boli, a samoozljeđivanje je postizanje kratkotrajnog olakšanja od tjeskobe, boli i na neki način sprječavanje suicida. Nanošenje fizičkih ozljeda je obrambeni mehanizam i način održanja na životu.
- Konačni cilj suicida je prestanak postojanja, a samoozljeđivanja promjena trenutnog emocionalnog stanja i oslobađanje od unutarnje tenzije.
- Kod suicida se javljaju emocije beznađa i bespomoćnosti, osjećaj nedostatka kontrole nad unutarnjom boli i vanjskim okolnostima, te dojam da nema kraja neizdrživoj patnji, a kod samoozljeđivanja osjećaj otuđenosti od sebe i drugih, osjećaj praznine, a način reduciranja unutarnjih tenzija i boli vide u samoozljeđivanju.
- Kod suicida postoji ograničenost u rješavanju problema, razmišljanje sve ili ništa, a kod samoozljeđivanja– fragmentacija, misaoni procesi su neorganizirani i difuzni, i postoji više načina nošenja s boli.

Jedan od najznačajnijih rizičnih faktora za samoozljeđivanje je tzv. “zaraznost” samoozljeđivanja, odnosno započinjanje samoozljeđivanja imitacijom drugih. Do oponašanja

dolazi bez obzira radi li se o posebno osjetljivim i rizičnim skupinama (supkulture, hospitalizirani adolescenti) ili se radi o općoj populaciji. Može imati karakteristike imitacije s ciljem pripadnosti određenoj skupini ili može biti pokušaj preuzimanja načina suočavanja i nošenja s negativnim emocijama. Prema teoriji socijalnog učenja ponašanje se uči kroz modeliranje odnosno promatranjem drugih, a održava putem nagrada i kazni koje takvo ponašanje izaziva. Kod više od polovine onih koji se samoozljeđuju nalazi se da imaju barem jednog prijatelja koji se isto samoozljeđuje. Istraživanja upućuju i na važnost funkcije samoozljeđujućeg ponašanja vezane uz formiranje identiteta (u isto vrijeme biti dio grupe i imati jasne granice vlastitog psihičkog i tjelesnog prostora) i pribjegavanje identifikacijama (biti sličan određenoj grupi vršnjaka koji se doživljavaju bliskima). Brza dostupnost informacijama i internetska povezanost u problematici samoozljeđivanja ima dvojaku ulogu, odnosno može biti pozitivan i negativan čimbenik. Internet omogućuje brzu identifikaciju s drugima, pa tako može pomoći u identifikaciji s onima koji se bore s istim problemom, gdje će virtualna zajednica pružati priliku da se nadiđe usamljenost i izolacija iz stvarnog života. Na taj način virtualna zajednica omogućuje dijeljenje problema s drugima i pružanje i primanje podrške anonimno. Međutim postoji i negativna strana. Neke stranice koje su slabo nadzirane, mogu prikazivati samoozljeđivanje kao poželjno ponašanje i način rješavanja problema. Mogu sadržavati i prikaze samoozljeđivanja, što kod adolescenta može potaknuti samoozljeđivanje. Ranjivi adolescenti koji su podložni zlostavljanju i socijalnoj isključenosti su u najvećoj opasnosti od negativnih utjecaja interneta. Nažalost, imitacijska i identifikacijska motivacija za samoozljeđujuće ponašanje ne umanjuju rizik od fatalnog ishoda samoozljeđivanja. U novije vrijeme sve više se prepoznaje potencijal korištenja društvenih mreža i foruma u preventivne i terapijske svrhe, te se osmišljavaju različiti programi i aplikacije putem kojih mladi mogu dobiti pomoć.

U tretmanu adolescenata koji se samoozljeđuju koriste se različite terapijske intervencije i oblici tretmana: individualna, grupna psihoterapija, a često se kombiniraju tehnike iz različitih terapijskih pravaca (kognitivno bihevioralne terapije, psihodinamske, integrativne...). Najefikasnijima su se pokazale kognitivno-bihevioralne terapije, od kojih se posebno ističe dijalektička bihevioralna terapija. Također, efikasnim su se pokazale i dvije intervencije koje su posebno osmišljene za samoozljeđivanje: individualna terapija regulacije emocija za adolescente (ERITA) i Cutting Down program (CDP) koji je baziran na principima kognitivno bihevioralne i dijalektičko bihevioralne terapije. Uključivanje roditelja i članova primarne obitelji u tretman se

pokazalo ključnim za uspješnost tretmana. Razumijevanje zbivanja unutar obitelji od izuzetne je važnosti jer omogućava prilagođavanje terapijskih intervencija u skladu sa aktualnim kapacitetima i funkcioniranjem pojedinih članova obitelji. Sve više se ističe potreba za preventivnim programima i dobra koordinacija više sustava u prevenciji i tretmanu samoozljeđivanja. Suradnja stručnjaka mentalnog zdravlja, socijalne skrbi i škola. Kako je internet mjesto gdje će mladi najprije potražiti informacije o nekoj temi, pokazalo se da je potrebno osmisлити i programe pomoći putem interneta. Osmišljeno je nekoliko takvih programa koji se koriste u Velikoj Britaniji, SAD-u i Kanadi te su se pokazali efikasnim.

Zaključno, možemo reći da pojavi samoozljeđivanja doprinose brojni osobni i kontekstualni faktori od koji se najviše ističu problemi obiteljske dinamike i odnosa s roditeljima, depresivni poremećaj i ženski spol. Postoje različiti oblici i funkcije samoozljeđujućeg ponašanja, a procjena suicidalnog rizika je otežana brojnim zajedničkim rizičnim faktorima. Poseban izazov predstavlja stalno prisutan nezanemariv rizik za fatalni ishod bilo po impulzivnom tipu ili zbog krive procjene posljedica određenog samoozljeđujućeg ponašanja (suicid zbog „greške“). Stoga je potrebno kontinuirano pratiti i procjenjivati suicidalni rizik i rizične faktore za ponavljanje samoozljeđujućeg ponašanja. Praćenje stanja i funkcioniranja adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem je vrlo zahtjevno, multidisciplinarno, a terapija dugotrajna i s boljim učinkom ako su u tretman uključeni članovi obitelji. Uglavnom je potrebno dugo razdoblje i uključenost cijele obitelji u terapijski proces da bi se postigli pozitivni pomaci. Ukoliko postoji psihijatrijski komorbiditet i adolescent koristi više načina samoozljeđivanja, liječenje je zahtjevnije i kompliciranije. Uz obitelj, adaptacija i osjećaj prihvaćenosti u grupi vršnjaka, prijateljske veze, uključenost u različite izvan nastavne aktivnosti djeluje pozitivno na razvoj socijalnih vještina i samoprocjenu, te predstavlja zaštitni faktor.

8. LITERATURA

- Alexander, L.A. (1999). *The functions of self-injury and its link to traumatic events in college students*. Doctoral Dissertations 1896 - February 2014. 1264.
- Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM-5*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Andover, M.S., Morris, B.W., Wren, A., Bruzese, M.E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self – injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psycho-social correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 6: 11.
- Angelotta, C. (2012). Defining and Refining Self-Harm: A historical perspective on nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 32 (6), 482-495.
- Asarnow, J.R., Berk, M., Hughes, J.L., Anderson, N.L. (2015). The SAFETY program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 194–203.
- Asarnow, J.R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G, Wagner, K.D., Vitello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., Brent, D.A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (8), 772-781.
- Asarnow, J.R., Mehlum, L. (2019). Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents - advances in suicide prevention care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60, 1046-1054.
- Ayodeji, E., Green, J., Roberts, C., Trainor, G., Rothwell, J., Woodham, A., Wood, A. (2015). The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 313–319.

- Blasco-Fontecilla, H., Fernandez-Fernandez, R., Colino, L., Fajardo, L., Perteguer-Barrio, R., de Leon, J. (2016). The addictive model of self-harming (non – suicidal and suicidal) behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 7 (8).
- Borschmann, R., Becker, D., Coffey, C. i sur. (2017). 20-year outcomes in adolescents who-self harm: a population based cohort study. *Lancet Child and Adolescent Health*, 1 (3), 195-202.
- Brausch, A.M., Gutierrez, P.M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233–242.
- Brent, D. (2011). Nonsuicidal self-injury as a predictor of suicidal behavior in depressed adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 168, 452–454.
- Brent, D.A., McMakin, D.L., Kennard, B.D., Goldstein, T.R., Mayes, T.L., Douaihy, A.B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studie. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (12).
- Brown, R.C., T. Fischer, T., Goldwich A. D., Keller F., Young R., Plener, P.L.(2018).#cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 48, 337–346.
- Brown, R.C., Plener, P.L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19 (20).
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmanm, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., Meszaros, G., Nemes, B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P.A., Sisask, M., Tubiana, A., Varnick, A., Wasseman, D. (2014). Life time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 337-348.
- Butler, A.M., Malone, K.(2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 324–325.

- Chan, M.K.Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R.C., Kapur, N., Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 277–283.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., McGorry, P.D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477–484.
- Clarke, S., Allershand, L.A, Berk, M.S. (2019). Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000 Faculty Review*, 8, 1794.
- Claes, L., Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends*. New York: Nova Science Publishers.
- Cloutier, P.F., Nixon, M.K. (2003). The Ottawa self-injury inventory: a preliminary evaluation. Abstracts to the 12th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (1), 1-94.
- D'Agostino, A., Pepi, R., Aportone, A., Rossi Monti, M. (2018). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire-Nonsuicidal (SITBQ-NS): Development and Validation of a Revised Version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) for the Self-Assessment of Nonsuicidal Self-injury. *Clinical Neuropsychiatry*, 15 (6), 344-352.
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., Montgomery, P. (2013). The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One*, 8 (10), e77555.
- Definis-Gojanović, M., Gugić, D., Sutlović, D. (2009). Suicide and Emo youth subculture – a case analysis. *Journal Collegium Antropologicum*, 33 (2), 173-175.

- Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.,M., Siqueland, L., Isaacs, L. (2002). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *Jornal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (10).
- Dodig-Ćurković, K., Franić, T., Grgić, M., Radić, J., Ćurković, M., Radić, M., Pivac, N., Mimica – Matanović, S., Delalle, M., Boričević Maršanić, V., Petek Erić, A., Benić, D., Kovač, V., Zebić, P., Kralik, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada.
- Dodig - Ćurković K. (2010). Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja. Doktorski rad. Zagreb: Medicinski fakultet.
- Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (2).
- Dunlop, S.M., More, E., Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1073–1080.
- Đuretić I. (2016). Agresivnost djece i adolescenata. Hrvatska proljetna pedijatrijska škola (XXXIII. seminar). *Zbornik radova za medicinske sestre*, 96-102.
- Ercegović, N., Paradžik, Lj., Boričević Maršanić, V., Marčinko, D. (2018). Nesuicidalno samoozljeđivanje i razvoj identiteta kod adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 46 (4), 457-470.
- Ferrara, M., Terrinoni, A., Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (12).
- Fisher, G., Brunner, R., Parzer, P., Resch, F., Kaess, M. (2013). Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 294.

- Fox, K.R., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., Nock, M.K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156–167.
- Gatta, M., Dal Sant, F., Rago, A., Spoto, A, Battistella, P.A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2307–2317.
- Glazebrook, K. , Townsend, E., Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(6), 664-678.
- Glenn, C.R, Franklin, J.C., Nock, M.K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 1–29.
- Glenn, C.R., Klonsky, E.D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: A 1-year longitudinal study in young adults. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (4), 751-762.
- Glenn, C.R., Klonsky, E.D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 466-473.
- Glenn, C.R., Lanzillo, E.C., Esposito, E.C., Santee, A.C., Nock, M.K., Auerbach, R.P. (2017). Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45 (5), 971-983.
- Goodday S. M., Bondy S., Brown H. K., Sutradhar R., Rhodes A. (2020). Exposure to maternal depressive symptoms in childhood and adolescent suicide-related thoughts and attempts: mediation by child psychiatric symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29 (17), 1–9.

- Grandclerc, S., DeLabrouhe, 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).
- Grandclerc, S., Spiers, S., Spodenkiewicz, M., Moro, M.R., Lachal, J. (2019). The Quest for meaning Around Self-injurious and Suicidal Acts: A Qualitative Study Among Adolescent Girls. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 190.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (4), 253-263.
- Gromatsky, M.A., Waszczuk, M.A., Perlman, G., Lee Salis, K., Klein, D.N., Kotov, R. (2017). The role of parental psychopathology and personality in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research*, 85, 15–23.
- Gunnell, D., Kapur, N. (2017). Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 429–436.
- Gutierrez, P.M., Osman, A., Barrios, F.X., Kopper, B.A. (2001). Development and initial validation of the self-harm behavior questionnaire. *Journal of personality assessment*, 77 (3), 475-490.
- Hamza, C.A., Stewart, S.L., Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495.
- Hankin, B.L., Abela, J.R.Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 30 (1), 65–70.
- Hansson, K., Malmkvist, L., Johansson, B.A. (2019). A 15-year follow-up of former self-harming inpatients in child and adolescent psychiatry – a qualitative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74 (4), 273-279.

- Hawton, K., James, A. Viner, R. (2005). Suicide and deliberate self-harm in young people. *British Medical Journal*, 330 (7), 891-894.
- Hawton K, Bergen H, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, Kapur N. (2012). Epidemiology and nature of self-harm in children and adolescents: findings from the multicentre study of self-harm in England. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(7), 369-77.
- Hawton, K., Saunders, K.E., O Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382.
- Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., van Heeringen, K., Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD012013.
- Heath, N.L, Ross, S., Toste, J.R., Charlebois, A., Nedecheva, T. (2009). Retrospective Analysis of Social Factors and Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adults. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(3), 180–186.
- Heilbron, N., Prinstein, M.J. (2008). Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: a theoretical review of mechanisms and moderators. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 169-177.
- Hughes, J.L, Asarnow, J.R. (2013). Enhanced mental health interventions in the emergency department: suicide and suicide attempt prevention in the ED. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 14(1), 28–34.
- House, A. (2020). Social media, self-harm and suicide. *BJPsych Bulletin*, 1-3.
- Iwata, B.A., Pace, G.M., Kissel, R.C., Nau, P.A. Farber, J.M. (1990). The self-injury trauma (SIT) scale: a method for quantifying surface tissue damage caused by self-injurious behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 23 (1), 99-110.
- Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J.R., Moran, P., Tranah, T., Ougrin, D. (2018). A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: an updated systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 583.

- Jacobson, C.M, Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*, 129-47.
- Jacobson, C.M., Muehlenkamp, J.J., Miller, A.L., Turner, J.B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 363-375.
- Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Archives of Suicide Research, 17*(1), 1–19.
- Jones, R., Sharkey, S., Ford, T., Emmens, T., Hewis, E., Smithson, J., Sheaves, B., Owens, C. (2011). Online discussion forums for young people who self-harm: user views. *The Psychiatrist, 35*, 364–368.
- Kaess, M., Fischer-Waldschmidt, G., Resch, F., Koenig, J. (2017). Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with fullsyndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4* (7).
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R.C., Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy?. *The British Journal of Psychiatry, 202*, 326–328.
- Karanikola, M.N.K, Lyberg, A., Holm, A-L., Severinsson, E. (2018). The association between deliberate self-harm and school bullying victimization and the mediating effect of depressive symptoms and self-stigma: a systematic review. *BioMed Research International, 36*.
- Kelly, B.D. (2018). Are we finally making progress with suicide and self-harm? An overview of the history, epidemiology and evidence for prevention. *Irish Journal of Psychological Medicine, 35*, 95 –101.

- Klemera, K., Brooks, F.M., Chester, K.L., Magnusson, J., Spencer, N. (2017). Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *International Journal of Public Health*, 62, 631–638.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E.D., Glenn, C.R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219.
- Klonsky, E. D., Moyer, A.(2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 166–170.
- Klonsky, E.D., May, A.M., Glen, C.R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 231-237.
- Klonsky, E.D, Olino, T.M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults. A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 22–27.
- Lam, L.T., Peng, Z., Mai, J., Jing, J. (2009). The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Injury Prevention*, 15, 403–408.
- Larson, B., Sund, A.M. (2008). Prevalence, course, incidence, and 1-year prediction of deliberate self-harm and suicide attempts in early Norwegian school adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 152-165.
- Lewis, S.P., Baker, T.G. (2011). The possible risks of self-injury web sites: a content analysis. *Archives of Suicide Research*, 15, 390–396.
- Lewis, S.P., Seko, Y. (2016). A double-edged sword: a review of benefits and risks of onlinenonsuicidal self-injury 36895 activities. *Journal of Clinical Psychology*, 72, 249–262.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, Z. M., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide attempt self-injury interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303–312.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., Van Heeringen, K., De Leo, D., Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677.
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. *PLoS One* 12(8).
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Kidger, J., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K., Gunnell, D. (2014). Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from ALSPAC cohort. *Journal of Affective Disorders*, 168, 407-414.
- McCauley, E., Berk, M.S., Linehan, M.M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide. *JAMA Psychiatry*, 75 (8): 777-785.
- Medanić, I. (2019). *Neki osobni prediktori suicidalnosti studenata*. Neobjavljeni specijalistički rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J.B., Patton, G.C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, 379, 236-243.
- Muehlenkamp, J.J., Kerr, P.L. (2010). Untangling a complex web: how non-suicidal self- injury and suicide attempts differ. *Cancer Prevention Research*, 17, 8-10.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertage, 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 (10).

- Müller, A., Claes, L., Smits, D., Brähler, E., Zwaan, M. (2016). Prevalence and correlates of self-harm in the German general population. *PLoS ONE*, 11(6).
- Nikolić, S., Marangunić, M. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
- Nock, M.K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nock, M.K., Banaji, M.R. (2007). Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 707–715.
- Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I., Michel, B.D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19 (3), 309–317.
- 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*, 14, 465-72.
- Nock, M.K., Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology* 115 (3), 616–623.
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S., Hawton, K. (2009). Predicting Deliberate Self-Harm in Adolescents: A Six Month Prospective Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(4).
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S., Hawton, K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 330–335.
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S., Miles, J., Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 68–72.

- O'Connor, R.C, Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Drummond, J., Ferguson, E., O'Connor, D.B., O'Carroll, R.E. (2018). Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults. *BJPsych Open*, 4, 142–148.
- Oktan, V. (2017). Self-harm behaviour in adolescents: body image and self-esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27 (2), 177–189.
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 140–144.
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., Rosenbaum Asarnow, J. (2012). Practitioner review: self-harm in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 337–350.
- Ougrin, D., Zundel, T., Kyriakopoulos, M., Banarsee, R., Stahl, D., Taylor, E. (2012). Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: clinical characteristics and response to therapeutic assessment. *Psychological Assessment*, 24 (1), 11–20.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., Rosenbaum Asarnow, J. (2015). Therapeutic Interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (2): 97-107.
- Owens, D., Kelley, R. (2017). Predictive properties of risk assessment instruments following self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 384–386.
- Peh, C.X., Shahwan, S., Fanziana, R., Mahesh, M.V., Sambasivam, R., Zhang, Y., Ong, S.H., Chong, S.A., Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 67, 383-390.
- Pineda, J., Dadds, M.R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 52 (8), 851-862.
- Plener, P.L., Brunner, R., Fegert, J.M., Groschwitz, R.C., In-Albon, T., Kaess, M., Kapusta, N.D., Resch, F., Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury in adolescents: consensus based German guidelines. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10 (46).

- Plener, P.L., Fegert, J.M. (2012). Non suicidal self injury: state of art perspective of a proposed new syndrome for DSM V. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(9).
- Plener, P.L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J.M., Brown, R.C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115, 23–30.
- Plener, P.L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J.M., Muehlenkamp, J.J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549–1558.
- Plener, P.L., Schumacher, T.S, Munz, L.M., Groschwitz, R. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2 (1), 2-11.
- Quinlivan, L., Cooper, J., Meehan, D., Longson, D., Potokar, J., Hulme, T., Marsden, J., Brand, F., Lange, K., Riseborough, E., Page, L., Metcalfe, C., Davies, L., O’Connor, R., Hawton, K., Rahman, M.A., Todd, C., John, A., Tan, J., Kerr, M., Potter, R., Kennedy, J., Rice, F., Brophy, S. (2018). School achievement as a predictor of depression and self-harm in adolescence: linked education and health record study. *The British Journal of Psychiatry*, 212, 215–221.
- Rahman, M.A., Todd, C., John, A., Tan, J., Kerr, M., Potter, R., Kennedy, J., Rice, F., Brophy, S. (2018). School achievement as a predictor of depression and self-harm in adolescence: linked education and health record study. *The British Journal of Psychiatry*, 212, 215–221.
- Ramleth, R-K., Groholt, B., Diep, L.M., Walby, F.A., Mehlum, L. (2017). The impact of borderline personality disorder and sub-threshold borderline personality disorder on the course of self-reported and clinician-rated depression in self-harming adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(22).
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., Pirkis, J., Condrón, P., Hetrick, S., (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EClinical Medicine*, 4-5, 52-91.

- Rossouw, T., Fonagy, P. (2012). Mentalization – based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. (2010). Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry*, 74(4), 16–20.
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Ystgaard, M., Arensman, E., De Leo, D., Fekete, S., van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry*, 44, 601–607.
- Shanahan, N., Brennan, C., House, A. (2019). Self-harm and social media: thematic analysis of images posted on three social media sites. *BMJ Open*, 9(2).
- Sičić, M., Mužinić, L. (2008). Faktori rizika kod pojave samoozljeđivanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15, 49-68.
- Sivertsen, B., Hysing, M., Knapstad, M., Harvey, A.G., Reneflot, A., Lønning, K.J., O'Connor, R.C. (2019). Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: prevalence study. *BJPsych Open*, 5 (26), 1–8.
- Skarderud, F., Sommerfeldt, B. (2009). Self-harm in eating disorders. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 129, 877-881.
- Stallard, P., Spears, M., Montgomery, A.A., Phillips, R., Sayal, K. (2013). Self-harm in young adolescents (12-16 years): onset and short term continuation in a community sample. *BMC Psychiatry*, 13, 328.
- Subotić, S., Brajša-Žganec, A., Merkaš, M. (2008). Školski stres i neka obilježja ličnosti kao prediktori suicidalnosti adolescenata. *Psihologijske teme*, 17 (1), 111-131.
- Swannell, S.V., Martin, G.E., Page, A., Hasling, P. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 273-303.

- Tang, J., Yu, J., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., Liu, Z. (2011). Association between non suicidal-self injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross –section study. *PloS One*, 6 (4).
- Tomac, A. (2015). *Psihopatološke specifičnosti adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem*. Doktorski rad. Zagreb: Medicinski fakultet.
- Tomoen, A.J., Rossow, I., Mork, E., Mehlum, L. (2014). Contact with child and adolescent psychiatric services among self-harming and suicidal adolescents in the general population: a cross sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(13).
- Townsend, E., Wadman, R., Sayal, K., Armstrong, M., Harroe, C., Majumder, P., Vostanis, P., Clarke, D. (2016). Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: sequence analysis using the card sort task for self-harm (CaTS). *Journal of Affective Disorders*, 206, 161-168.
- Tripković, M., Bakija, I., Sindik, J., Marlais, M., Zečević, I.(2017). Family financial situation, parental marital status and self-harm amongst adolescents in Croatia. *Acta Clinica Croatica*, 56, 469-477.
- Van den Bogaard, K. J. H. M., Nijman, H.L.I., Palmstierna, T., Embregts, P. J. C. M. (2018). Self-injurious behavior in people with intellectual disabilities and co-occurring psychopathology using the self-harm scale: a pilot study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30:707–722.
- Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Verge, M., Sánchez, B., Blasco-Blasco, T. (2018). Predictors of suicide behavior relapse in pediatric population. *The Spanish Journal of Psychology*, 21 (6), 1–7.
- Walsh, B. W. i Rosen, P. M. (1988). Self-mutilation: Theory (Ur.) *Self-mutilation: Theory, research and treatment*. New York/London: The Guilford Press.

- Wan, Y., Chen, R., Ma, S., McFeeters, D., Sun, Y., Hao, J., Tao, F. (2019). Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 146–152.
- Webb, L. (2002). Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 235–244.
- Weierich, M.R., Nock, M.K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, (1), 39–44.
- Westers, N. J., Muehlenkamp, J. J., Lau, M. (2016). SOARS model: Risk assessment of nonsuicidal selfinjury. *Journal of Contemporary Pediatrics*, 33(7), 25–31.
- Westers, N.J., Plener, P.L. (2019). Managing risk and self-harm: Keeping young people safe. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1–15.
- Whitlock, J.L., Exner-Cortens, D., Purington, A. (2014). Assessment of nonsuicidal self –injury : Development and initial validation of the non-suicidal self-injury - assessment - tool (NSSI-AT). *Psychological assessment* 26 (3), 935.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 486–492.
- Whitlock, J.L, Powers, J.L., Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42, 407–417.
- Wichstrom, L. (2009). Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Archives of Suicide Research*, 13, 105-122.
- Wijana, M.B., Enebrink, P., Liljedahl, S.I., Ghaderi, A. (2018). Preliminary evaluation of an intensive integrated individual and family therapy model for self-harming adolescents. *BMC Psychiatry*, 18: 371.

- Wilkinson, P., Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 103–108.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168, 495–501.
- Yakeley, J., Burbridge-James, W. (2018). Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. *BJPsych Advances*, 24, 37–45.
- You, J., Lin, M-P., Leung, F. (2013). Why adolescents begin and stop nonsuicidal self-injury? A one-year follow-up study. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 3 (4), 86-94.
- Young, R., Sweeting, H., West, P. (2006). Prevalence of deliberate self-harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 332, 1058 – 1061.
- Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R.C., Preiss, M., Plener, P.L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non – suicidal self – injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*, 14: 137.
- Zanus, C., Battistutta, S., Aliverti, R., Montico, M, Cremaschi, S., Ronfani, L., Monasta, L., Carozzi, M. (2017). Adolescent admissions to emergency departments for self-injurious thoughts and behaviors. *PLoS ONE*, 12 (1).
- Zdanow, C., Wright, B. (2013). The representation of self injury and suicide on Emo social networking groups. *African Sociological Review*, 16 (2), 81-101.
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Svedin, C.G. (2013). A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1257-1272.

Prilog 1. **SOARS procjena** (*SOARS Assessment Pocket Card*) (Westers i sur., 2016; str. 26)

Procjena nesuicidalnog samoozljeđivanja (*Responding to nonsuicidal self-injury (NSSI) using SOARS assessment*)

- *Jeste li se ikada samoozljeđili bez namjere da okončate život ili počinite suicid, kao na primjer rezanjem, griženjem, izazivanjem opekline, udaranjem?*

Suicidalne ideje (*Suicidal ideation*)

- *Znam da kod samoozljeđivanja nije riječ o samoubojstvu, ali neke osobe mogu razmišljati o samoubojstvu kada se samoozljeđuju. Jeste li ikada tijekom samoozljeđivanja razmišljali o namjernom okončanju života?*

Početak, učestalost i metode (*Onset, frequency, and methods*)

- *Kada je bio prvi/posljednji put?*
- *Koliko puta tjedno/mjesečno se samoozljeđujete?*
- *Što obično radite ili koristite?*

Zbrinjavanje (*Aftercare*)

- *Na koji način poslije vodite brigu o ranama?*
- *Jeste li se ikada tako jako povrijedili da ste trebali liječničku pomoć, čak i ako ju niste dobili?*

Razlozi (*Reasons*)

- *Zvuči kao da vam to pomaže? Što to čini za vas? (Na koje načine vam pomaže?)*

Stupanj promjene (*Stage of change*)

- *Da li je to nešto što bi htjeli prestati?*
- *Jeste li ikada razmišljali o prestajanju?*

ŽIVOTOPIS

Antica Petričić rođena je 25.06.1982. u Zadru gdje je 2000. završila opću gimnaziju Juraj Baraković. Na Odjelu za psihologiju Sveučilišta u Zadru diplomirala je psihologiju 2006. godine. Od 2007. do 2008. bila je psiholog pripravnik na odjelu pedijatrije u Općoj bolnici Zadar. Odmah po završetku pripravničkog staža od svibnja do srpnja 2008. bila je stručni suradnik psiholog u osnovnoj školi Kruno Krstić u Zadru. Od srpnja 2008. radi na odjelu pedijatrije Opće bolnice Zadar. U svom profesionalnom radu bavi se psihodijagnostikom i savjetovanjem djece i adolescenta, te savjetovanjem roditelja. Od 2008. do 2009. bila je vanjska suradnica - voditeljica mjere nadzora nad izvršavanjem roditeljske skrbi Centra za socijalnu skrb Zadar. Od 2008. vanjska je suradnica odjela za psihologiju Sveučilišta u Zadru, u početku kao naslovna asistentica Katedre za kliničku psihologiju provodila je vježbe iz kolegija Zdravstvena psihologija, Pedijatrijska psihologija i Klinička psihologija, a kasnije kao mentorica studentima u provođenju studentske prakse iz područja kliničke psihologije. Od 2010. do 2012. na studiju sestrinstva na odjelu za Zdravstvene studije Sveučilišta u Zadru sudjelovala je u izvođenju nastave u okviru kolegija Zdravstvena psihologija i Komunikacijske vještine u sestrinstvu. Od 2016. vanjska je suradnica Odjela psihologije Hrvatskog katoličkog sveučilišta kao mentorica studentima u provođenju studentske prakse. Također, mentorica je psiholozima vježbenicima. Od 2019. uz posao psihologa u Općoj bolnici Zadar angažirana je kao psiholog i u privatnoj Poliklinici Vrdoljak.

Članica je Hrvatske psihološke komore. Od završetka studija psihologije kontinuirano se dalje usavršava. Sudjelovala je na brojnim edukacijama vezanim za primjenu psihodijagnostičkih mjernih instrumenata (MMPI, PAI, WISC-IV, MOZAIK, Wartegg), edukacijama multidisciplinarnih timova u zbrinjavanju djece i pružanju psihološke podrške djeci oboljeloj od šećerne bolesti. 2010. završila je II stupanj bihevioralno kognitivne terapije. Sudjelovala je na nizu kongresa, konferencija i simpozija, aktivno i pasivno. Prezentirala je više radova na različitim stručnim skupovima i simpozijima. Jedan rad objavljen je u stručnom časopisu „Društvena istraživanja“ (2009), a jedan u časopisu „Paediatrica Croatica“ (2008). Na Kongresu liječnika obiteljske medicine (2019) sudjelovala je u panel diskusiji o samoozljeđivanju adolescenata. Sudjelovala je u organizaciji i održavanju tečaja „Kvalitetna komunikacija“ (2019) održanom za zdravstvene djelatnike Opće bolnice Zadar.