

Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja

Dodig-Ćurković, Katarina

Doctoral thesis / Disertacija

2010

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:246730>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-25**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Katarina Dodig - Ćurković

**Učestalost raznih oblika
autodestruktivnog i
heterodestruktivnog ponašanja kod
adolescenata i njihova karakteristična
obilježja**

DISERTACIJA

Zagreb, 2010.

Disertacija je izrađena na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije, Klinike za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Voditelj rada: prof. dr. sc. Ivan Požgain, prim.dr.sc.

Zahvaljujem se svojem mentoru Prof.dr.sc. Ivanu Požgainu.

Pri izradi i obradi statističkih podataka zahvaljujem se Kristini Kralik, prof. i Prof.dr.sc. Lajos Sziroviza.

Na korisnim primjedbama tijekom izrade posebno se zahvaljujem Prof.dr.sc. Vlasti Rudan i dr.sc. Neli Pivac, višoj znanstvenoj savjetnici.

Također, zahvaljujem se osoblju Kliničkog odjela dječje i adolescentne psihijatrije, KBC Osijek.

Najsrdajnije zahvaljujem dragom prijatelju i kolegi Prof.dr.sc. Svenu Kurbelu, dr.med. i mojim roditeljima.

Posebno se zahvaljujem suprugu Mariu, na podršci i razumijevanju tijekom izrade disertacije.

Doktorat posvećujem svojoj djeci Niki i Vidu.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Definicija adolescencije	1
1.2. Adolescencija u kontekstu psihologijskih teorija	3
1.2.1. Biološke teorije	3
1.2.2. Psihoanalitičke teorije	3
1.2.3. Psihosocijalne teorije	3
1.2.4. Razvojno-kognitivne teorije	4
1.2.5. Teorije učenja	4
1.2.6. Ekološko-kontekstualističke teorije	4
1.3. Faze adolescencije	5
1.3.1. Rana adolescencija	5
1.3.2. Srednja adolescencija	6
1.3.4. Kasna adolescencija	6
1.4. Definicija autodestruktivnog ponašanja	7
1.5. Vrste autodestruktivnog ponašanja u adolescenata	8
1.5.1. Samoozljeđivanje	8
1.5.2. Samootrovanje (intoksikacija) alkoholom i lijekovima	8
1.5.3. Poremećaji prehrane	9
1.5.3.1. Anoreksija nervoza	9
1.5.3.2. Bulimija nervoza	10
1.5.4. Uporaba i zlouporaba psihostimulirajućih sredstava	11
1.6. Rizični čimbenici za autodestruktivno ponašanje	11
1.7. Epidemiologija autodestruktivnog ponašanja u svijetu	12
1.8. Epidemiologija autodestruktivnog ponašanja u Hrvatskoj	15
2. SVRHA I CILJ ISTRAŽIVANJA	17
2.1. Glavni cilj istraživanja	17
2.2. Sporedni ciljevi istraživanja	18
2.3. Postavljene hipoteze	18
3. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA	19
3.1. Provođenje istraživanja	19
3.2. Primjenjene metode istraživanja	19
3.2.1. postupak s bolesnicima	19
3.3. Statistička obrada podataka	23

4. REZULTATI	24
4.1. Sociodemografski podatci	24
4.2. Upitnici	39
4.2.1. Agresija	42
4.2.2. Anksioznost	46
4.2.3. Depresija	48
4.2.4. Stav djeteta prema roditelju	51
4.2.5. Obiteljski odnosi	55
4.2.6. Upitnik procjene obitelji (FAD)	59
4.2.7. YSR (Youth Self Report) Skala adolescentnog samoprocjenjivanja	61
4.3. Povezanost parametara	63
5. RASPRAVA	66
5.1. Sociodemografski čimbenici	66
5.1.1. Dob	66
5.1.2. Spol	67
5.1.3. Stupanj obrazovanja	68
5.2. Utjecaj strukture obitelji i socioekonomskog statusa	70
5.3. Učestalost autodestruktivnih oblika ponašanja	71
5.4. Rizik od suicidalnog ponašanja i pokušaj suicida	74
5.5. Utjecaj kvalitete obiteljskih odnosa	78
5.6. Utjecaj traumatskih iskustava	82
5.7. Utjecaj nasljednih čimbenika (psihička bolest roditelja i rođaka)	86
5.8. Vrste agresivnosti i utjecaj agresivnosti u pojavnosti autodestruktivnog ponašanja	89
5.9. Utjecaj depresivnosti, anksioznosti i opće psihosocijalno funkcioniranje	93
5.10. Komorbidni psihijatrijski poremećaji kod autodestruktivnih oblika ponašanja	96
5.11. Konzumiranje alkohola i drugih psihoaktivnih tvari, pušenje, uzimanje lijekova bez nadzora i dozvole odraslih	100
5.12. Psihijatrijske intervencije kod autodestruktivnih oblika ponašanja	104
6. ZAKLJUČCI	107
7. SAŽETAK	114
8. SUMMARY	116
11. POPIS LITERATURE	118
12. ŽIVOTOPIS	132
13. PRILOZI	133

1. UVOD

1.1. DEFINICIJA ADOLESCENCIJE

Termin adolescencija dolazi od latinske riječi *adolescere*, a što znači rasti prema zrelosti. Psiholog G. Stanley Hall (1904) je prvi opisao adolescenciju kao posebnu razvojnu fazu i dao joj naziv adolescencija od latinske riječi *adolescere* ili odrasti. Razdoblje je to između djetinjstva i odrasle dobi, a dijeli se na tri faze: ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Hall je adolescenciju opisao kao razvojno razdoblje „bure i oluje“ koje vodi do nepovratnog prijelaza iz djetinjstva u odraslost. Na adolescenciju se može gledati i kao na ukupni pokušaj prilagodbe na stanje puberteta, na nove unutarnja i vanjska endogena i egzogena stanja s kojima se osoba suočava (1,2).

Pojam adolescencija uključuje ukupne psihičke, fiziološke i hormonske promjene. Svakako je u oba spola njezin početak najuočljivije karakteriziran fizičkim promjenama koje se odražavaju na sva područja adolescentnog ponašanja i kvalitetu afektivnog života.

To je razdoblje odrastanja u kojem osoba uspostavlja ravnotežu između djetinjstva i zrelosti, to je razdoblje samoodgoja kad mlada osoba odbacuje autoritete, odbija roditeljsku kontrolu i zbližava se s vršnjacima, to je vrijeme buntovništva, ispitivanja granica, naglih promjena u raspoloženju, unutrašnjih sukoba i sukoba sa okolinom.

Razvojni zadaci adolescencije su:

1. nošenje sa tjelesnim promjenama
2. svladavanje seksualnih i agresivnih impulsa
3. razvijanje autonomije od roditelja
4. uspostavljanje odnosa sa vršnjacima i sa odraslima izvan obitelji
5. razvoj kapaciteta za intimnost s drugim osobama
6. uspostava trajnog osjećaja vrijednosti
7. uspostava koherentnog osjećaja identiteta (spolnog, etničkog, profesionalnog)
8. postizanje osjećaja sposobnosti na poslu ili školi
9. realistično planiranje za kasniju ekonomsku samostalnost

Ključno je razumijevanje normalnog adolescentnog razvoja da bi se shvatio utjecaj traume na ovu dobnu skupinu.

Promijene su upravo najizraženije tijekom adolescencije i iznimno su značajne za razvoj osobe kako bi se uspješno završili razvojni procesi te je ova faza i postupna prilagodba svim ulogama koje se vežu uz odraslu dob. Takve promjene izazivaju priličnu zbrku u glavama adolescenata i svih onih koji su dio njihove životne okoline.

Adolescencija je jedinstveno razdoblje u ljudskome životu kada mlada osoba jednu životnu etapu odnosno djetinjstvo zamjenjuje drugom, a to je faza odrasle dobi. Jedna od glavnih zadaća adolescenta je odvajanje od roditelja i izgrađivanje identiteta zbog čega osobe u toj dobi imaju jaku potrebu za novim iskustvima.

Adolescenti se osjećaju drugačije od onog kako su se osjećali kao djeca i ta ih razlika zbunjuje, kao i one oko njih. Znaju da im se tijela mijenjaju na način s kojim nisu uvijek zadovoljni, opažaju da su još jače razdražljivi, ali im nije jasno od kuda to dolazi. Prepoznaju da su im se osjećaji prema roditeljima promijenili i to ih ponekad uznemiruje. Adolescentno razdoblje nije samo poveznica između dječje i odrasle dobi nego razdoblje sa specifičnim i jedinstvenim socijalnim i biologijskim obilježjima. To je relativno nov socijalni fenomen s obzirom da je klasični pubertet s vremenom postao manje zanimljiv i čini se kao da je stagnirao dok se kroz stoljeća nastavio proces stalnog obrazovanja. Pojedinci ostvare fizičku i seksualnu zrelost i ranije nego što preuzmu ulogu odrasle osobe. Adolescencija prema nizu definicija obuhvaća dob između 14 i 18 godine života, a prema nekim istraživanjima i do 25 godine života (3).

Poznati pisac Charles Dickens s nekoliko je riječi slikovito opisao adolescenciju: „Ona je najbolje razdoblje života, ona je najgore razdoblje života, ona je mudrost, ona je doba ludosti“. Detaljan i slikovit opis adolescenta je dala i Ana Freud u svom djelu „Ego i Id u pubertetu“. Adolescencija je svakako razdoblje velikih promjena, fizičkih i psihičkih, koje izazivaju nestabilnost i oscilacije u raspoloženju i ponašanju adolescenta (4). Daniel Offer i njegovi suradnici glavni su zagovornici stava da adolescentni nemir nije nužna pojava u adolescentovom razvoju (5).

Anderson i Dartington (1998) su adolescenciju definirali kao razvojni stadij tijekom kojeg osoba pokušava napustiti “rane dječje težnje” i prijeći u odraslost kroz složene procese promjena koji se mogu usporediti s radom žalovanja za onim što je prošlo, za onim što se

osjeća izgubljenim, ponovno bavljenje osjećajem krivnje i odgovornosti za učinjenu štetu, sa osjećajem zahvalnosti i osjetljivosti prema drugima.

Mnoge se promjene u životu mladih odvijaju dinamično i intenzivno. Mladi su u tom specifičnom životnom razdoblju izloženi brojnim rizičnim čimbenicima u kojem mnogi problemi i psihološki poremećaji dosežu svoj vrhunac (depresija, zlouporaba psihoaktivnih tvari, poremećaji prehrane, samoubojstva, delikventna i antisocijalna ponašanja, samoozljeđivanje, konzumiranje alkohola, pušenje).

1.2.ADOLESCENCIJA U KONTEKSTU PSIHOLGIJSKIH TEORIJA

1.2.1. Biološke teorije

Zasnovana je na Darwinovoj evolucijskoj teoriji kao i na Hallovoj biogenetskoj teoriji adolescencije. Geni su glavni faktor razvojnog napredovanja jedinke od jednog do drugoj stadija. Osnovno u biološkim pristupima je da se adolescencija određuje kao vrijeme ubranog tjelesnog i spolnog sazrijevanja koje ima niz psiholoških i socijalnih posljedica. Uz naglašenu brzinu razvoja, pojavljuje se asinkronost pojedinih dijelova tjelesnog razvoja koja povećava turbulentnost adolescencije. Ova je teorija omogućila bolji uvid u individualne i spolne razlike u hormonalnom funkcioniranju.

1.2.2. Psihoanalitičke teorije

Temelje se na Freudovoj psihoanalitičkoj teoriji koja govori o strukturi ličnosti koja se razvija tijekom pet stadija psihoseksualnog razvoja. Po Freudu nagoni i želje kojih osoba nije svjesna imaju ključnu ulogu u objašnjenju ponašanja i oni su dominantan dio ličnosti. Adolescencija se i u okviru ove teorije shvaća kao nemirno i burno razdoblje. Svi psihoanalitički pristupi kasnije obuhvaćaju tri ključne teme koje se odnose na nagone, instinkte i motive koji imaju značajnu ulogu u razvoju ličnosti.

1.2.3.Psihosocijalne teorije

Vodeći teoretičari K. Lewin, E.Erikson i R. Havighurst počeli su naglašavati važnost interakcije biološke strukture osobe i njezine okoline, odnosno kulturnog sustava u kojem živi. Osoba i njezina okolina su u neprestanoj interakciji. U adolescenciji psihološki prostor je nestabilan ponajviše zato što je status adolescenta dvojak: djelom su djeca, a djelom odrasli. Značajne osobe (roditelji, nastavnici), ali i drugi odnose se prema

adolescentima ambivalentno, tretirajući ih malo kao djecu, a malo kao odrasle osobe. To u adolescenata pobuđuje ambivalentnost i uznemirenost. Po Colemanu, u svakom stadiju adolescentnog razvoja postaje važan jedan od odnosa koji može biti konfliktan, ali i rješiv u tome stadiju prije prijelaza u sljedeći. Erikson je ključnim smatrao krizu identiteta. Također je posebnu pozornost posvetio razdoblju između 12 i 18 godine života kada je glavni zadatak upravo izgradnja identiteta.

1.2.4. Razvojno-kognitivne teorije

Usmjerene su na proučavanju razvoja procesa poznavanja u adolescenciji. Najvažniji pripadnik ove teorije je J. Piaget. On se usmjerio na racionalne aspekte razvoja misaonih procesa, na strukturu inteligencije i na razvoj logičkog mišljenja. Mišljenje adolescenata karakteriziraju kombinatorika, implikacija, inkompatibilnost, eksperimentalno dokazivanje i apstraktno rezoniranje. Kognitivni razvoj u adolescenciji mladima omogućuje drugačiju procjenu ne samo fizičkog nego i socijalnog svijeta u kojem žive. Mladi time počinju mijenjati odnos prema društvenim autoritetima, a počinju planirati i svoju budućnost. Razvija se njihovo moralno rezoniranje i sklonost idealizmu.

Prema Selmanovoj teoriji socijalne kognicije, adolescent shvaća sebe kao onog koji je istovremeno i promatrač i objekt promatranja. Adolescenti značajno više primjenjuju novonastale kognitivne i socijalne vještine u razumijevanju i rješavanju problema iz socijalnih odnosa.

1.2.5. Teorije učenja

Temeljni koncept ove teorije je učenje po modelu, u kojem je pojedinac svjestan i posljedica svog ponašanja. Posebno ih je zanimao razvoj agresivnog ponašanja odnosno mehanizmi učenja koji djeluju na taj razvoj. Pokazalo se da agresivni dječaci nisu samo od modela učili agresivno ponašanje, već su imali i skromne mogućnosti procesiranja informacija koje bi im pomogle da spoznaju jesu li namjeravane akcije drugih osoba neprijateljske ili prijateljske.

1.2.6. Ekološko-kontekstualističke teorije

Teorija se temelji na ekologiji koja proučava kompleksne sustave odnosa i međuovisnosti bioloških organizama i socijalno-fizičkih okolnosti koji oblikuju organizam. Makrosustav je kultura i supkultura u kojoj adolescent živi. Kada se dogode promjene u makrosustavu

potiču i promjene u sastavnicama drugih sustava pa onda i promjene u generaciji mladih, prvenstveno u vrijednosnom i ponašajnom smislu (6,7).

1.3. FAZE ADOLESCENCIJE

Adolescenciju obilježavaju brojne psihičke promjene koje prate tjelesni razvoj u razdoblju puberteta. Adolescencija započinje s početkom puberteta, a završava formiranjem identiteta. Kao i pubertet, može se podijeliti u tri faze:

- a) pre-adolescencija je često karakterizirana drskim, bučnim ponašanjem i prkosnim suprotstavljanjem pa se često naziva i fazom opozicije
- b) adolescencija u užem smislu obilježena je traženjem neovisnosti u svim područjima
- c) postadolescencija je vrijeme kada adolescent ulazi u svijet odraslih, počinje bolje prihvaćati ulogu odraslih, formirati svoj spolni i profesionalni identitet

Adolescencija se najčešće dijeli u tri faze: ranu, srednju i kasnu adolescenciju.

Rana adolescencija počinje pubertetom i obuhvaća dob između 10 i 14 godine. Srednja adolescencija obuhvaća dob između 15 do 18 godine. Kasna adolescencija je podfaza, čiji je kraj osobito teško procijeniti, a smješta se u razdoblje između 19. i 25. godine.

1.3.1. Rana adolescencija

U ranoj adolescenciji djeca počinju osjećati nove tjelesne senzacije, u zrcalu primjećuju brojne fizičke promjene, a tjelesne i emocionalne promjene su rijetko usklađene. Rani adolescent razmišlja o značenju života, prolaznosti vremena, prirodi smrti i drugim značajnim pojmovima. Vidi sebe i roditelje na drugačiji način. Odbacuju se samozavaravanja i iluzije djetinjstva, a prednost dobivaju složena, na realitetu temeljena gledišta. Odnosi sa vršnjacima istog spola od velike su važnosti u ranoj adolescenciji (1,8,9). Rani adolescent može sebe i svoje roditelje doživljavati na drugačiji složeniji način, a stare odnose s roditeljima, svoje djetinje tijelo i self doživljavati kao neku vrstu gubitka. Odnosi s prijateljima mogu privremeno biti vrlo snažni i pretjerano idealizirani.

Proces rane adolescencije je u djevojaka dvije godine raniji nego u dječaka, djevojčice se moraju prilagoditi realitetu da postaju veće i zrelije u ranijoj dobi. Ovakvo stanje za njih predstavlja velik, a za neke i prevelik pritisak koji može voditi psihopatološkim razrješenjima kao što su: poremećaji prehrane, preuranjena seksualnost ili zlouporaba

droga (10). Rana adolescencija je doba nespretnosti, neujednačenog spolnog sazrijevanja, prištića i novih neisprobanih osjećaja. Ništa nije sređeno, ništa nije čvrsto, sve je u tijeku i promjeni. Cilj je rane adolescencije da sve to prođe i da se na to više ne osvrće. Rani adolescenti su skloniji ispoljavanju konfliktnog stanja kroz djelovanje nego kroz razmišljanje i verbalizaciju (acting-out).

1.3.2. Srednja adolescencija

To je faza adolescencije u kojoj je glavna preokupacija potreba adolescenta da se osjeća čvrsto ukorijenjenim među vršnjacima, u školi i specifičnim društvenim okruženjima. Postoji jasan pomak od obiteljskog doma prema vršnjacima. Srednji adolescent jako žive u sadašnjosti. Najčešće se posve dobro osjećaju kada su i sami. Probijaju se u društvo s glavnom svrhom da u što više socijalnih situacija upoznaju sebe. Često je to razdoblje velike kreativnosti. Nastaju novi odnosi s roditeljima, ali i sa ljudima izvan obitelji, do stupnja koji može ozlovoljavati roditelje, koji često sve teže podnose adolescentovu zaokupljenost sobom i njegovim društvenim angažmanom.

Mnogi autori su bili usmjereni upravo na tzv. proces žalovanja karakterističan za razdoblje srednje adolescencije kada zbog odvajanja od roditelja, adolescent ostaje u stanju izoliranosti i usamljenosti. Mrzovolja tako karakteristična za srednju fazu često potiče od procesa žalovanja. Adolescenti srednje faze tragaju za odraslima koji nisu njihovi roditelji. U ovoj fazi se mnogi zaljubljuju, odlaze na prve spojeve, općenito su samosvjesniji i sposobniji, neovisniji od primarne obitelji (11,12).

1.3.4. Kasna adolescencija

U razdoblju kasne adolescencije adolescent na sebe počinje gledati kao na osobe i često razmišlja o tome tko i kakvi bi željeli biti i koji im odrasli imponiraju i zbog čega. Često se nastoje oblikovati prema osobinama koje zamjećuju u odraslih i koji im imponiraju. Princip stvarnosti sve više prednjači nad principom zadovoljstva. Razvijajući ego sve je sposobniji za sve veću složenost u opažanju. Upoznati sebe je primarni zadatak ove faze, a to znači saznati koje se slike o sebi doživljavaju stvarnima. Kasni adolescent često postaje svjestan činjenice da je seksualno ujedinjenje u odnosu u kome postoji emocionalna bliskost, odraslo iskustvo koje se razlikuje od ranijih seksualnih susreta. Adatto opisuje razlike između bliskih odnosa kasne adolescencije i onih u ranijim fazama adolescencije. Usredotočenost se pomiče od odvajanja od starih važnih odnosa do stvaranja novih i

trajnijih odnosa. Kasna adolescencija je idealizirana, osobito jer doživljaji kasnije u životu uključuju brojna razočaranja i frustracije (13,14).

1.4. DEFINICIJA AUTODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA

Autodestruktivno ponašanje je ponavljano svojevrijedno ozljeđivanje vlastitog tijela bez trenutačne suicidalne namjere.

Svako takvo ponašanje slabi organizam i psihički i fizički. Ponavljano autodestruktivno ponašanje je česta pojava kod adolescenata oba spola, a najčešće u sljedećim oblicima: samoozljeđivanje rezanjem (žiletom, nožem, staklom ili bilo kojim drugim oštrim predmetima), grebanje, nanošenja opekline (najčešće opušcima cigareta), poremećaji prehrane (anoreksija nervoza i bulimija nervoza), konzumiranja alkohola, droga, samootrovanja lijekovima i alkoholom, različiti pokušaji suicida. Prosječno oko 6 do 7% školske djece su potvrdila da su imala neki od oblika autodestruktivnog ponašanja u prethodnoj godini. Takav oblik ponašanja predstavlja ozbiljan medicinski problem i često može ukazati na pokušaj ili namjeru ozbiljnog suicida (3).

Istraživanja pokazuju da su 2008. godine 43 % djevojčica i 23% posto dječaka u dobi od 15 do 16 godina u Norveškoj razmišljali o samoozljeđivanju ili su se samoozljeđivali oštrim predmetima. Stručnjaci su zabrinuti porastom broja suicida i samoozljeđivanja među mladima, ali i količinom publiciteta koju u medijima dobivaju priče o tinejdžerskim samoubojicama. Upozoravaju da se u praksi sve više susreću s djecom kojoj nedostaje roditeljske ljubavi i pažnje, raspada se svaki četvrti brak u Hrvatskoj, a skladnim obiteljskim odnosima ne može se pohvaliti niti dio onih koji su još u braku.

Istraživanja u Hrvatskoj su pokazala da je o samoozljeđivanju 2007. godine razmišljalo 23% dječaka i 39% djevojčica, a čak 43% u dobi od 15 do 16 godina. Novija epidemiološka istraživanja su pokazale da postoji visoka stopa rasta autodestruktivnog ponašanja u adolescenata u dobi između 14 i 18 godine, ponekad i do 24 godine.

Najčešći oblik autodestruktivnog ponašanja su prema istraživanjima: samoozljeđivanje rezanjem i samootrovanja lijekovima. Češće se u ovim oblicima javlja kod adolescentica (15).

1.5. VRSTE AUTODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA U ADOLESCENATA

1.5.1. SAMOOZLJEĐIVANJE

Samoozljeđivanje je čin agresije prema sebi i nanošenje fizičke ozljede samom sebi. Ponekad to mogu biti manje ranice i ogrebotine koje s vremenom prođu, no nekad to mogu biti i dublje rane od kojih će ostati trajni ožiljci.

Neki od oblika samoozljeđivanja su: rezanje po sebi (korištenje žileta, noža, skalpela ili nekog drugog oštrog predmeta s namjerom da se nanese bol), udaranje tijela s nekim težim predmetom ili nabijanje na šiljate predmete, paljenje tijela cigaretom, svijećom, šibicama, guranje predmeta kroz šupljinu u tijelu, namjerno lomljenje kostiju i ostavljanje masnica po tijelu, čupanje za kosu.

Sa stajališta stručnjaka za problem samoozljeđivanja mladih, Theodora Beauchainea, radi se o vrlo opasnom poremećaju ponašanja. Suicidalni oblik samoozljeđivanja se razlikuje od nesuicidalnog oblika samoozljeđivanja s obzirom na broj pokušaja, ozlijeđena područja, stresne čimbenike i po motivaciji (16, 17).

Samoozljeđivanje je često među osoba koje boluju od poremećaja prehrane, sa prevalencijom od oko 13 do 68%. Visoka prevalencija samoozljeđivanja je česta kod bulimičnih pacijentica i onih sa anoreksijom nervozom purgativnog tipa. Mogući zajednički čimbenici su: agresivnost, impulzivnost, opsesivno-kompulzivno ponašanje, disocijacija, negativno samopoštovanje i nesigurnost, povijest traumatskog događaja u djetinjstvu, visoka razina konflikta unutar primarne obitelji kao i osjetljivost na kulturološke pojave (18).

1.5.2. SAMOOTROVANJE (INTOKSIKACIJA) ALKOHOLOM I LIJEKOVIMA

U mnogim kulturama alkohol je najčešći korišteni depresor mozga i uzrokuje značajan mortalitet i morbiditet.

Prema DSM-IV klasifikacijskim kriterijima najznačajnije obilježje intoksikacije alkoholom je prisutnost značajno loše prilagođenog ponašanja ili psiholoških promjena (neodgovorno seksualno ili agresivno ponašanje, promjenjivo raspoloženje, oštećeno rasuđivanje, oštećeno socijalno i radno funkcioniranje), a javlja se tijekom ili kratko nakon uzimanja alkohola. Ove promjene su praćene evidentno zbrkanim govorom, nekoordinacijom, nestabilnim hodom, nistagmusom, oštećenjem pažnje i pamćenja ili stuporom i komom.

Klinička slika je nalik onoj kod intoksikacije benzodiazepinima ili barbituratima. Kod adolescenata se često kao komorbiditet javlja poremećaj u ponašanju i antisocijalno ponašanje.

Kod samootrovanja lijekovima ili intoksikacije lijekovima (najčešće sedativi, hipnotici, anksiolitici) također postoji podatak o nedavnom uzimanju sedativa, anksiolitika ili hipnotika. Klinički je značajno izraženo neprilagođeno ponašanje ili psihološke promjene koje su se razvile tijekom ili kratko nakon uzimanja sedativa, hipnotika ili anksiolitika. Jedan ili više od sljedećih znakova koji su se razvili tijekom ili kratko nakon uzimanja sedativa, anksiolitika ili hipnotika su: nerazumljiv govor, nekoordiniranost, nesiguran hod, nistagmus, poremećaji pažnje i pamćenja, stupor ili koma. Simptomi nisu posljedica općeg zdravstvenog stanja i ne mogu se bolje objasniti u sklopu nekog drugog duševnog poremećaja.

Mladi ljudi, adolescenti, obično ih počinju uzimati u ranim tinejdžerskim godinama, međutim s vremenom dolazi do ovisnosti odnosno zlorabe ovih lijekova što za posljedicu može imati teška psihička i fizička oštećenja. Naročito veliku opasnost predstavlja zajedničko uzimanje ove skupine lijekova sa alkoholom, što može biti popraćeno depresijom koja može biti dovoljno jaka da dovede do pokušaja suicida odnosno suicida. Adolescentice su sklonije uzimanju ove skupine lijekova u odnosu na adolescente i češće upravo ove lijekove izabiru kao sredstvo za pokušaj suicida.

1.5.3. POREMEĆAJI PREHRANE

1.5.3.1. Anoreksija nervoza

Prema DSM-IV klasifikacijskim kriterijima glavno obilježje anoreksije nervoze jesu: osoba odbija zadržati normalnu tjelesnu težinu, jako je zabrinuta da će se udebljati, pokazuje značajan poremećaj u percepciji oblika ili veličine svoga tijela. Žene pokazuju izostanak menstruacije.

Kriterij A: odbijanje da se održi tjelesna težina na ili iznad minimalne težine za dob i visinu

Kriterij B. izuzetan strah od dobivanja na težini ili debljanja, čak i u slučaju smanjenje težine

Kriterij C: poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje ili odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.

Kriterij D: kod žena u generativnoj dobi postoji amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopne menstruacije.

Postoji restriktivni tip (osoba nije uključena u ponašanje prejedanja ili pražnjenja (samoizazvano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika) i purgativni tip (osoba je uključena u ponašanje prejedanja ili pražnjenja (povraćanjem, uporaba laksativa ili diuretika).

1.5.3.2. Bulimija nervoza

Najznačajnije obilježje bulimije nervoze je prejedanje s neodgovarajućim kompenzacijskim metodama prevencije porasta tjelesne težine.

Prema DSM-IV klasifikacijskim kriterijima prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje mora biti prisutno, u prosjeku najmanje dva puta tjedno u vremenu od tri mjeseca.

Kriterij A-ponavljanje epizode prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja je karakterizirana s oba sljedeća elementa:

1. jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) a količina pojedene hrane značajno je veća nego što bi većina osoba pojela u isto vrijeme i u sličnim okolnostima.

2. osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i kako jede)

Kriterij B-ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje sa svrhom prevencije povećanja tjelesne težine (samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, sredstava za klistiranje, diuretika i sl.)

Kriterij C-prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javlja se prosječno najmanje dva puta tjedno tijekom tri mjeseca.

Kriterij D-poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizode anoreksije nervoze (19).

Samoozljeđivanje se javlja u oko 25 do 55% pacijenata sa poremećajima u prehrani.

Rano traumatsko iskustvo kao npr. seksualno zlostavljanje, zanemarivanje ili fizičko zlostavljanje kao i osobine primarne obitelji su česti rizični čimbenici koji utječu na pojavu ovog oblika autodestruktivnog ponašanja (20).

Kod anoreksije nervoze restriktivnog tipa u istraživanju je čak 50% ispitanica pokazivalo sklonost samoozljeđivanju oštrim predmetima (21).

1.5.4. UPORABA I ZLOUPORABA PSIHOSTIMULIRAJUĆIH SREDSTAVA

Prema DSM-IV klasifikaciji poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari obuhvaćaju zlouporabu droga (uključujući alkohol), sporedne učinke primjene lijekova i izloženost otrovnim tvarima. Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari dijele se u dvije kategorije:

1. poremećaji vezani uz uporabu tvari (ovisnost o psihoaktivnim tvarima i zlouporaba psihoaktivnih tvari) i
2. poremećaji prouzročeni psihoaktivnim tvarima (intoksikacija-samootrovanje, delirij prouzročen psihoaktivnim tvarima, sustezanje od psihoaktivnih tvari, psihotični poremećaji prouzročeni psihoaktivnim tvarima, poremećaji raspoloženja prouzročeni psihoaktivnim tvarima i sl.).

Temeljno je obilježje zlouporabe psihoaktivnih tvari obrazac neprilagođenog uzimanja psihoaktivne tvari izražen u nepovoljnim posljedicama povezanim uz višekratno uzimanje tvari.

Kod intoksikacije psihoaktivnom tvari razvika privremenog sindroma, a kao posljedica neposrednog uzimanja psihoaktivne tvari.

Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari često se vežu uz druge duševne poremećaje i otežavaju njihovo liječenje kao: poremećaj u ponašanju kod adolescenata, antisocijalni i granični poremećaj ličnosti, schizofrenia, poremećaji raspoloženja (19).

1.6. RIZIČNI ČIMBENICI ZA AUTODESTRUKTIVNO PONAŠANJE

Brojna istraživanja zadnjih godina govore u prilog niza rizičnih čimbenika odgovornih za pojavnost autodestruktivnih oblika ponašanja među mladima.

Najčešće opisani rizični čimbenici su: zanemarivanje i zlostavljanje u ranom djetinjstvu, seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, fizičko i psihičko zlostavljanje unutar primarne obitelji, narušeni odnosi sa roditeljima i drugim članovima unutar obitelji, rano iskustvo

traume i odvajanje od roditelja, smještaj u drugu obitelj, ustanovu, dom, nerazumijevanje od okoline i vršnjaka, loši socioekonomski uvjeti i sl. (22).

Istraživanja navode da su najčešći čimbenici rizika za adolescente ženskog spola sljedeći: vršnjaci ili prijatelji koji se također samoozljeđuju ili ispoljavaju neki oblik autodestruktivnog ponašanja, zlouporaba droga i alkohola, depresija, anksioznost, impulzivnost, nisko samopoštovanje, osjećaj nesigurnosti. Rizični čimbenici za adolescente muškog spola su: rizično ponašanje među prijateljima, zlouporaba droga i alkohola, raniji pokušaji suicida i suicid među članovima obitelji (23). Alkohol je također prepoznat kao značajan rizični čimbenik za samoozljeđivanje i jedan je od vodećih uzroka preuranjene smrtnosti i poteškoća kod adolescenata u Kanadi. Većinu onih koji konzumiraju alkohol i ozljeđuju se su muški adolescenti u dobi od 15 do 19 godina (24).

Ystgard je u svom istraživanju pokazao da su čimbenici rizika kod adolescentica sa autodestruktivnim ponašanjem uz dodatno samoozljeđivanje rezanjem oštrim predmetima bili sljedeći: podatak o seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu, anksioznost, impulzivnost, razvod roditelja, zlouporaba alkohola. Češće se javlja kod osoba sa komorbiditetom posttraumatskog stresnog poremećaja i kod adolescenata sklonih konzumiranju psihoaktivnih tvari (25,26).

Često se autodestruktivno ponašanje kod adolescenata javlja kao mehanizam kojim pokušavaju regulirati određene emocionalne poteškoće (smanjuju napetost ili ublažavaju disforične osjećaje). Razlozi mogu biti i znatno ozbiljniji: čin samokažnjavanja ili reakcija na određene traumatske odnose sa drugim ljudima ili reakcija na poremećene odnose sa okolinom (naročito unutar obitelji). Čimbenici rizika koji su često udruženi sa ovakvim ponašanjem su: ženski spol, blizak član obitelji koji također pokazuje neki od oblika autodestruktivnog ponašanja, konzumiranje psihoaktivnih tvari (droga), poremećeni odnosi unutar okoline, dvojbe oko seksualne orijentacije i slično (27,28,29).

1.7. EPIDEMIOLOGIJA AUTODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA U SVIJETU

Čak 14 do 16% tinejdžera je sklono samoozljeđivanju, a broj se povećao krajem prošlog stoljeća. Mogući uzrok je sve raširenija depresija kod mladih, koju često prati nanošenje ozljeda samom sebi. Djevojke koje su razvile sklonost samoozljeđivanju pokazale su slabije rezultate od svojih vršnjaka u svim mjerenjima pozitivne psihološke prilagodbe, a

više na mjerenjima negativne psihološke prilagodbe kao što su depresija i delikvencija (30).

Samoozljeđivanje koje uključuje ne-suicidalni i suicidalni oblik predstavlja veliki problem među tinejdžerima i po nekim istraživanjima prevalencija je oko 6 do 7% među adolescentima rane faze adolescencije. Oko 60% adolescenata ima iskustvo sadašnje ili prošle epizode velikog depresivnog poremećaja. Najčešći načini samoozljeđivanja su: rezanje oštrim predmetima (staklo, žileti, skalpel) i grebanje po koži tijela. Suicidalni oblik samoozljeđivanja se razlikuje od nesuicidalnog oblika samoozljeđivanja s obzirom na broj pokušaja, ozlijeđena područja, stresne čimbenike i po motivaciji (17).

Samoozljeđivanje je česta pojava i među adolescentima zatvorenica, naročito u komorbiditetu sa depresivnim poremećajem (31).

Istraživanja u Engleskoj su pokazala da udio mladih u dobi od 13 do 15 godina a koja se samoozljeđuju oko 9.8%. Čak 10 do 15% adolescenata u dobi između 12 i 15 godine u Engleskoj, je ispoljavalo barem jedan oblik autodestruktivnog ponašanja (32).

Današnji trendovi suvremenog stila života utječu na mlade koji često razvijaju „modele oponašanja“ gdje oponašaju ili kopiraju određene oblike autodestruktivnog ponašanja njima važnih grupa, grupa vršnjaka s kojima se poistovjećuju ili sa pojedincima u kojima traže uzor. Autodestruktivnost među adolescentima je globalni problem i zahvaća najčešće razvijene zemlje sa visokim socioekonomskim standardom. U današnje vrijeme primijećen je porast autodestruktivnosti i heterodestruktivnosti među mladima u zemljama u tranzicijama u kojima se nalazi i Hrvatska.

U Njemačkoj je provedeno istraživanje pokazalo da suicidalno ponašanje i autodestruktivno ponašanje se češće javlja među adolescentima u usporedbi sa adolescentima. Dob, obiteljske nesuglasice i razina roditeljskih zabrana su česti pokazatelji suicidalnog ponašanja kod oba spola, ali bez značajnijeg utjecaja na autodestruktivno ponašanje ili socijalno nepoželjno ponašanje. U kasnijoj adolescentnoj dobi takvo je ponašanje češće povezano sa roditeljskom neuključenošću ili sa neprijateljskim stavom i odbijanjem od strane roditelja. Inteligencija i dob su bili česti pokazatelji agresije među adolescentima. Kod muških adolescenata glavni pokazatelji su bili: razina intelektualnog funkcioniranja, broj braće i sestara i poteškoće unutar obitelji (33).

Autodestruktivno ponašanje je vrlo često i među adolescentima u Australiji, nešto češće među ženskim spolom. Većina adolescentica rijetko traži pomoć od strane stručnih osoba i većina ih se povjerava vršnjacima. Rizični čimbenici su za takva ponašanja bili brojni i različiti. Kroz provedeno istraživanje se pokušalo razmotriti koji bi parametri mogli imati utjecaj na pojavu samodestruktivnog ponašanja u adolescenata: životne okolnosti, konzumiranje zdrave/nezdrave hrane, uporaba alkohola i droga, redovitost vježbanja, svađe sa prijateljima, poteškoće u sklapanju prijateljskih odnosa, problemi sa dečkom/djevojkom, problemi sa policijom, zakonom, ozbiljne svađe sa roditeljima, razvodi roditelja, smrt ili teška bolest bliskog člana obitelji ili neke druge važne osobe, konflikti/svađe među roditeljima, suicidi ili pokušaji suicida unutar obitelji, suicid ili pokušaj suicida drugih bliskih osoba ili prijatelja, poteškoće seksualne orijentacije, uzimanje lijekova na osobni zahtjev bez dozvole ili nadzora stručnih osoba i roditelja, autodestruktivno ponašanje drugog člana obitelji ili prijatelja, impulzivnost, anksioznost, depresivno raspoloženje i sl. Prosječna dob adolescenata je bila 15.4 godine, a načini ispoljavanja autodestruktivnog ponašanja su bili sljedeći: rezanje oštrim predmetima, predoziranje lijekovima, snifanje ili inhaliranje ljepila, konzumiranje psihoaktivnih tvari, pokušaji suicida vješanjem i sl. (34)

Li i suradnici su istraživali autodestruktivno ponašanje među adolescentima u Taiwanu. 80% autodestruktivnog ponašanja su činile ozljede nastale ozljeđivanjem oštrim predmetima, a zatim samootrovanja alkoholom. Alkohol je pretpostavljen kao jedan od rizičnih čimbenika za takvo ponašanje (35).

Lyskyte i suradnici su istraživali učestalost autodestruktivnog ponašanja među adolescentima u dobi od 15 do 17 godina u Litvi. Rezultati su pokazali da njih 7.3% na uzorku od 3848 ispitanika su ispoljavali određeni autodestruktivni oblik ponašanja, najčešće samoozljeđivanjem rezanjem oštrim predmetima ili samootrovanje lijekovima. 43% je izjavilo da je u više navrata ponavljala takvo ponašanje, a 13% slučajeva je zahtijevalo bolničko liječenje (36).

Istraživanje na adolescentima u Finskoj je pokazalo da je prevalencija samoozljeđivanja među adolescentima u dobi od 13 do 18 godina bila 11,5%, a ostalih oblika autodestruktivnog ponašanja 10,2%. Samoozljeđivanju su bile sklonije adolescentice depresivnog raspoloženja, sa izraženim somatskim poteškoćama, sklone zlouporabi i konzumiranju psihoaktivnih tvari, lošijeg školskog uspjeha i sa narušenim odnosima sa roditeljima i vršnjacima (37).

1.8. EPIDEMIOLOGIJA AUTODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA U HRVATSKOJ

U *Hrvatskoj* je relativno mali broj istraživanja o pojavnosti autodestruktivnog ponašanja kod adolescenata zadnjih desetak godina, posebno na području Slavonije i Baranje koje je bilo pogođeno ratnim događanjima, a čije su posljedice i danas prisutne.

Istraživanje provedeno na adolescentima srednjih škola oba spola na području grada Osijeka pokazalo je da je oko 3.85% adolescenata zadovoljilo dijagnostičke kriterije ozbiljne depresivne epizode, a 5.94% je zadovoljilo kriterije za umjerenu depresivnu epizodu. Na skali suicidalnosti, 0.7% adolescenata je imalo vrlo visok rezultat, dok je 8.4% imalo visoki suicidalni rizik što se uklapa u novija svjetska istraživanja i njihove rezultate (38).

Na području Primorsko-goranske županije svaki treći adolescent puši svakodnevno, 73% ih konzumira pivo, vino ili neko drugo alkoholno piće. Postotak onih koji uzimaju psihoaktivne tvari je između 2.3% (za opijate i 35.6% za marihuanu). Adolescentice češće konzumiraju alkohol, cigarete i sedativne lijekove, dok adolescenti češće uzimaju pivo, vino ili marihuanu. Negativni utjecaj su imali okolina i načini na koji su provodili slobodno vrijeme (39).

Na području grada Zagreba većina je adolescenata oba spola imala iskustvo uzimanja opojnih sredstava, alkohola, pušenja cigareta i marihuane, ali je manji broj nastavio sa svakodnevnom konzumacijom. Muški adolescenti su bili češći konzumenti nego adolescentice. Najbolji pokazatelji takvog ponašanja su prema istraživanju bili: podatak o ranijim poremećajima u ponašanju, poteškoće prilagodbe u školi, dominacija hedonističkog stila života i loše obiteljske veze sa roditeljima (40).

Prema podacima iz 2002. godine, 20% dječaka u dobi od 11 godina i 9% djevojčica je izjavilo da je već probalo pušiti. U prvim razredima srednjih škola 58% dječaka i 63% djevojčica je već pušilo. 2006. godine se bilježi blagi porast. 2002. godine u dobi od 15 godina redovito svakodnevno puši 17% dječaka i isto toliko djevojčica, a najmanje jednom tjedno 23% dječaka i 25% djevojčica. 2006. godine 19% adolescenata i 21% adolescentica

puši svaki dan, a 24% adolescenata i 28% adolescentica puši tjedno barem jednu cigaretu. Eksperimentiranje sa duhanom počinje u ranoj dobi i prema tim istraživanjima adolescentice češće puše u odnosu na adolescente do navršenog 16 rođendana (37% adolescentica i 36% adolescenata).

Redovitijem eksperimentiranju su skloniji adolescenti iako je sam pokušaj pušenja češći u adolescentica. U Zagrebu u dobi od 13 godina ili ranije svakodnevno ili više puši 17% adolescenata (u Hrvatskoj 13%) i 11% adolescentica rane faze (u Hrvatskoj 9%). I adolescenti i adolescentice koji svakodnevno puše češće piju pivo u odnosu na one koji puše povremeno ili uopće ne puše. Upozoravajući je podatak da 10% adolescenata rane faze koji redovito puše izjavilo je da svakodnevno piju pivo, a da 60% to čini barem jednom tjedno. I među adolescenticama koje su redoviti pušači, jedna trećina pije pivo najmanje jedanput tjedno (41).

U sklopu projekta European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs tijekom 2007. godine anonimno je ispitano 3000 šesnaestogodišnjaka u Hrvatskoj. Rezultati su pokazali da u Hrvatskoj puši 38% dječaka i djevojčica u dobi od 16 godina dok je evropski prosjek 29%. Adolescenti puše više u samo četiri evropske zemlje-Austriji, Češkoj, Bugarskoj i Letoniji. U konzumiranju alkohola hrvatski su adolescenti nešto više od evropskog prosjeka-njih 84% izjasnilo se da je u posljednjih 12 mjeseci barem jednom pilo alkohol (evropski prosjek je 82%), a 43% ih je u tom razdoblju barem jednom bilo pijano (evropski prosjek je 39%). Ekscesivno je pilo u posljednjih 30 dana 50% mladih u Hrvatskoj i 43% u prosjeku ostalih zemalja. Dječaci općenito više konzumiraju alkohol od djevojaka, a najčešće piju pivo.

Od psihoaktivnih tvari mladi najviše konzumiraju marihuanu i hašiš. U Hrvatskoj je 21% adolescenata i 16% adolescentica barem jednom u životu probalo marihuanu (evropski prosjek je 23% za dječake i 17% za djevojke), a po uporabi sedativa među adolescentima nalazimo se ispod evropskog prosjeka. Projekt je koordinirao Hrvatski zavod za javno zdravstvo (41).

2. SVRHA I CILJ ISTRAŽIVANJA

Mladi se danas nalaze u specifičnom prijelaznom razdoblju za koji je karakterističan nesklad između psihofizičke i tzv. socijalne zrelosti: više nisu zaštićeni kao djeca, a još ne uživaju sve mogućnosti i pogodnosti dostupne odraslima.

Takva ih situacija čini jednim od najranjivijih segmenata populacije podložnoj često raznim društveno i socijalno neprihvatljivim oblicima ponašanja. Roditelje vide u drugačijem svjetlu. Dok su u djetinjstvu za njih roditelji bili svemoćni i sveznajući, za adolescente su obični smrtnici, srušeni idoli i to je promjena koju teško prihvaćaju i adolescenti i roditelji. Adolescenti se mogu osjećati razočaranim, a roditelji povrijeđenim i ugroženim.

Današnji suvremeni pristupi u razvojnoj psihopatologiji adolescencije opisuju brojne rizične čimbenike koji bi mogli biti odgovorni za ispoljavanje određenog oblika ili svih oblika autodestruktivnog ponašanja među adolescentima, ali ne daju prednost niti jednom rizičnom čimbeniku, jer niti jedno istraživanje do sada ne može u potpunosti samostalno objasniti svu složenost problema kao što je autodestruktivnost kod mladih.

Čimbenik rizika je svako stanje, područje iz čovjekova života ili određena okolnost koja povećava vjerojatnost da će osoba ispoljiti određeni oblik autodestruktivnog ponašanja.

Današnji trendovi uglavnom idu u prilog različitih etioloških fenomena, uzimajući u obzir da kombinacija niza rizičnih čimbenika pridonosi i pojavnosti autodestruktivnosti i heterodestruktivnosti u adolescenciji.

Postavljeni su glavni i sporedni ciljevi istraživanja:

2.1. Glavni cilj istraživanja

Postavljen je glavni cilj istraživanja:

1. istražiti kolika je učestalost različitih oblika autodestruktivnog ponašanja kod adolescenata obaju spolova (samoozljeđivanje, konzumiranje alkohola i opojnih sredstava, poremećaji prehrane (anoreksija i bulimija), samootrovanje lijekovima i alkoholom,

pokušaji suicida, a liječe se ambulantno ili bolnički na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije, Klinike za psihijatriju, KBC Osijek.

2.2. Sporedni ciljevi istraživanja

1. Ispitati u kojim se najčešćim oblicima javlja autodestruktivno ponašanje kod adolescenata oba spola
2. Ispitati postojanje razlika s obzirom na spol.
3. Ispitati postojanje razlika s obzirom na fazu adolescencije (rana, srednja, kasna faza).
4. Ispitati kako socioekonomski odnosi i odnosi unutar obitelji utječe na pojavu određenih oblika autodestruktivnog ponašanja.
5. Ispitati je li se češće javljaju u obiteljima u kojima je jedan ili oba roditelja u psihijatrijskome tretmanu.
6. Ispitati postojanje veze o učestalosti između određenih oblika autodestruktivnog ponašanja i psihijatrijske bolesti roditelja (npr. poremećaji prehrane i depresija kod majke, ovisnost o alkoholu kod adolescenata i alkoholizam roditelja, alkoholizam i ovisnost o drogama u adolescenta i posttraumatski stresni poremećaj kod roditelja).

2.3. POSTAVLJENE HIPOTEZE

Istraživanjem se želi potvrditi ili odbaciti sljedeće hipoteze /prema podacima iz literature:

1. Autodestruktivno ponašanje se javlja u oko 10-15% adolescenata i adolescentica koji su ambulantno i bolnički liječeni na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije.
2. Adolescenti i adolescentice sa autodestruktivnim ponašanjem su depresivni, agresivni, imaju poremećaj kontrole impulsa, imaju suicidalna razmišljanja.
3. Adolescenti i adolescentice sa autodestruktivnim ponašanjem su iz obitelji sa lošijim socioekonomskim statusom i s poremećenim odnosima unutar obitelji.
4. Adolescentice su sklonije poremećajima prehrane u odnosu na adolescente.
5. Postoji povezanost između psihijatrijskog poremećaja adolescenta i psihijatrijskog poremećaja roditelja.
6. Adolescenti imaju viši stupanj otvorene agresivnosti i impulzivnosti u odnosu na adolescentice.

3. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

3.1. Provođenje istraživanja

Prije početka istraživanja svi su ispitanici potpisali informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Istraživanje je provedeno kao prospektivna studija u trajanju od osam do deset mjeseci na ambulantno i bolnički liječenim adolescentima i na jednom od roditelja.

Istraživanje je izvršeno na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije Klinike za psihijatriju, Kliničko bolničkog centra u Osijeku tijekom 2009. i 2010. godine.

Ispitanici su bili bolesnici oba spola u dobi od 11 do 18 godina. U istraživačkom je radu obuhvaćeno ukupno 109 bolesnika i jedan od roditelja ispitanika. Ispitanici, odnosno bolesnici adolescentne dobi (od 11 do 18) godina popunili su niz samoocjenskih ljestvica za procjenu: depresivne simptomatologije, anksioznosti, agresivnosti, procjenu odnosa s obitelji, procjenu odnosa sa ocem, skalu adolescentovog samoprocjenjivanja opće psihopatologije, a na početku liječenja na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije. Uzorak je činilo 109 ispitanika i jedan od roditelja koji je bio motiviran za sudjelovanje, odnosno ovisno o dostupnosti roditelja uopće. Roditelji ispitanika adolescenata su popunili skalu za procjenu stanja u obitelji i nestrukturirani sociodemografski upitnik.

3.2. Primijenjene metode istraživanja

3.2.1. postupak s bolesnicima

Svi su bolesnici podvrgnuti istraživačkim postupcima prije uvođenja u terapiju. Prije početka istraživanja svi su im postupci detaljno objašnjeni, a opisani su na obrascu informiranog pristanka, koji su po vlastitoj odluci potpisali sami ispitanici, kao i jedan od roditelja.

Svi ispitanici su podvrgnuti detaljnom psihijatrijskom pregledu i uzeta im je detaljnija anamneza kao i anamneza roditelja putem strukturiranog dijagnostičkog intervjua

predviđenog za procjenjivanje psihopatologije kod adolescenata, a prema kriterijima DSM-IV klasifikacije bolesti.

Uz pomoć **nestrukturiranog sociodemografskog upitnika** prikupljani su sljedeći podaci: spol, škola koju adolescent pohađa, vrsta srednje škole, obiteljski status, izobrazba majke/oca, radni status oca/majke, zdravstveno stanje oca/majke, uspjeh adolescenta u školi, s kim trenutačno adolescent živi, razlog razvoda roditelja, ukupan broj djece u obitelji, prosječni prihod u obitelji, podatak o samoozljeđivanju oštrim predmetima, način liječenja po psihijatru do sada, broj bolničkih liječenja na psihijatrijskim odjelima ili odjelima hitne medicinske pomoći unatrag mjesec dana, je li adolescent konzumira alkohol, cigarete, psihostimulirajuća sredstva, dob početka uzimanja alkohola, cigareta, psihostimulirajućih sredstava, trenutačna terapija koju uzima po psihijatru, vrsta terapije, prosječan uspjeh tijekom školovanja, broj negativnih ocjena na zadnjem polugodištu, broj neopravdanih sati unatrag mjesec dana, izrečene opomene pred isključenje, sukobi sa nastavnikom unatrag šest mjeseci, sukobi s policijom unatrag šest mjeseci, razlozi policijske intervencije, izrečena sudska mjera unatrag šest mjeseci radi ponašanja, značajni sukobi s vršnjacima unatrag šest mjeseci, prekid emotivne veze unatrag šest mjeseci, smrt člana obitelji unatrag šest mjeseci, smrt bliskog prijatelja ili poznanika unatrag šest mjeseci, podatak o nekom drugom važnom stresnom događaju unatrag šest mjeseci, podatak o psihičkoj bolesti majke/oca, podatak o psihičkoj bolesti u užoj obitelji (braća, sestre, djedovi, bake, braća i sestre roditelja), podatak o seksualnom zlostavljanju, podatak o ranijem pokušaju suicida, način ranijeg pokušaja suicida, podatak o fizičkom zlostavljanju djeteta i tko ga fizički zlostavlja, podatak o obiteljskom nasilju u obitelji, podatak o nadzoru Centra za socijalni rad, podatak o socijalnoj pomoći.

Adolescenti su popunjavali sljedeće upitnike:

1. YSR (Youth Self Report)- Achenbachova skala adolescentovog samprocjenjivanje je namijenjena ispitivanju internaliziranih i eksternaliziranih problema u dobi od 11 do 18 godina. Ponašanje se procjenjuje na 112 čestica koje čine 8 sindromnih skala (povučenost, anksioznost/depresivnost, tjelesne poteškoće, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pažnje, kršenje pravila (delikventno ponašanje) i agresivno ponašanje. Među navedenim skalama, skala povučivosti, anksioznosti/depresivnosti i tjelesnih poteškoća,

čine dimenziju internaliziranih problema i odnose se na psihološke poteškoće pojedinca i pretjerano kontrolirajuće ponašanje. Dimenziju eksternaliziranih problema čine skala agresivnosti i skala kršenja pravila (delikventnog ponašanja). Zadatak je ispitanika da na svaku od 112 čestica u upitniku odgovori na skali od tri stupnja (0-nije točno, 1-ponekad ili djelomično točno, 2-potpuno netočno).

Ispitanici procjenjuju svoje ponašanje na skali Likertovog tipa od 3 stupnja. Viši rezultati podrazumijevaju veću zastupljenost problemnih ponašanja.

Skale povučenosti, anksioznost/depresivnost i somatizirajući problemi čine internalizirajući poremećaj, pod kojim se smatraju psihološke teškoće usmjerene na pojedinca i pretjerano kontrolirajuća ponašanja.

Skala agresivnosti i kršenja pravila (delikventno ponašanje) se odnosi na eksternalizirane probleme (43,44).

2. Beckova samoocjenska ljestvica za depresiju (Beck Depression Inventory):

samocjenska skala koja se koristi za samoprocjenu težine depresije kod adolescenata i odraslih. Razvijena je ranih 60-tih godina prošlog stoljeća, s fokusom na bihevioralne i kognitivne dimenzije depresije. Trenutna verzije je usklađena sa DSM-IV kriterijima za postavljanje dijagnoze depresije i pokriva i somatske simptome u skladu sa DSM-IV kriterijima, te pokriva simptome u zadnja dva tjedna. BDI uključuje 21 točku, u svakoj točki postoje četiri tvrdnje koje opisuju stupanj težine depresije, tvrdnje su označene u rasponu od 0 do 4. Zbroj bodova od 0-13 predstavlja normalni raspon, od 14-19 blagu depresiju, od 20-29 umjerenu depresiju, a više od 30 (30-63) ukazuje na težu depresiju. Također rezultat veći od 2 na tvrdnjama 2 i 9 govore u prilog za suicidalni rizik (45,46)

3. Beckov protokol za anksioznost (BAI-Beck Anxiety inventory- samocjenska skala

autora Aarona T. Becka a sastoji se od 21 točke za procjenu simptoma anksioznosti u zadnjih sedam dana. U svakoj točki postoje četiri tvrdnje koje opisuju stupanj jačine anksioznosti, tvrdnje su označene u rasponu od 0 do 4. Zbroj bodova od 0-7 predstavlja normalni raspon, od 8-15 blagu anksioznost, od 15-25 umjerenu anksioznost, a više od 26 (26-63) ukazuje na jaku anksioznost (47).

4. Hudsonov Index obiteljskih odnosa i Index odnosa s ocem (IOO) (Hudson, 1997):

upotrijebljen je u svrhu prikupljanja podataka o obiteljskim odnosima prema procjeni

djeteta. U izvornom obliku riječ je o ljestvicama koja obuhvaćaju 25 tvrdnji koje se odnose na djetetovo doživljavanje vlastite obitelji i odnosa koji u njoj vladaju. Uz svaku tvrdnju je ponuđeno pet mogućih odgovora, a ispitanik se odlučuje za samo jedan od njih (nikada, rijetko, povremeno, često, uvijek). Ponuđeni odgovori mjere učestalost manifestiranja određenog oblika ponašanja koji obuhvaća komponente djelatnosti, mišljenja i osjećanja. Pojedini se odgovor boduje s 1, 2, 3, 4 ili 5 ovisno o smjeru postavljene tvrdnje, a zbrajanjem i oduzimanjem broja 25 od ukupnog zbroja bodova dobije se raspon od 25-100 bodova. Ako je ukupni zbroj 30 i veći, smatra se da vjerojatno postoji problem u području koje se istražuje, a koje zahtijeva intervenciju. Ljestvica je namijenjena mjerenju ozbiljnosti, jačine, stupnja i veličine problema, a ne određivanju izvora žarišta ili podrijetla ispitanikova problema (48).

5. Samocjenska skala za procjenu agresivnosti (OAS-Overt aggression, symptom check list). Na toj je ljestvici nasilno ponašanje podijeljeno u četiri kategorije: 1. verbalna agresija, 2. fizička agresivnost prema stvarima, 3. fizička agresivnost prema sebi, 4. fizička agresivnost prema drugima. Unutar svake kategorije, agresivno ponašanje je procijenjeno u skladu s težinom. OAS je jednostavan za popunjavanje i pouzdan za procjenu agresivnosti. Ima kapacitet dokumentiranja i kvantificiranja verbalne i fizičke agresivnosti te se vrlo lako koristi (49).

Roditelji adolescenata (s obzirom na njihovu motiviranost i dostupnost) popunjavali su sljedeći upitnik:

1. Upitnik procjene obitelji (FAD-Family Assessment Device)-samoocjenska ljestvica kojom se procjenjuju odnosi u obitelji kao i međusobna komunikacija članova obitelji, sastoji se od 60 tvrdnji koje se procjenjuju na ljestvici s mogućnošću raspona od 1 -5. FAD je namijenjen mjerenju obiteljskog funkcioniranja u posljednja dva mjeseca prema procjeni roditelja. Opisuje strukturalne i organizacijske osobine obitelji te uzorke ponašanja među članovima obitelji. Sastoji se od sedam ljestvica od kojih jedna mjeri opće obiteljsko funkcioniranje, a ostalih šest svaka po jednu dimenziju obiteljskoga funkcioniranja: rješavanje problema, komunikacija, uloge, afektivna reakcija, afektivno uključivanje, nadzor ponašanja. Rješavanje se problema odnosi na sposobnost obitelji da riješi probleme (sporna pitanja koja mogu ugroziti integritet i sposobnost funkcioniranja obitelji) na razini

koja omogućuje učinkovito funkcioniranje obitelji. Komunikacije su definirane kao izmjena informacija među članovima obitelji, s naglaskom na izravno i jasno prenošenje verbalnih poruka. U središtu pozornosti uloga nalazi se ispitivanje je li obitelj odredila pravila ponašanja za provođenje u djelo niz uloga unutar obitelji, a koji pak uključuje osiguranje materijalnih sredstava, odgoja, potpore i zadovoljavanje seksualnih potreba odraslih. Afektivna reakcija određuje stupanj naklonosti, kojega pojedini članovi obitelji mogu osjetiti prema niz podražaja. Afektivno uključenje bavi se stupnjem interesa, aktivnosti i preokupacija svakog pojedinog člana obitelji. Kontrola ponašanja određuje način na koji obitelj iskazuje svoje ponašanje i pridržava se standarda ponašanja. Član obitelji birajući između četiri alternativna odgovora: u potpunosti se slažem, slažem se, ne slažem se, i u potpunosti se ne slažem; bira onaj odgovor koji najbolje opisuje njegovu obitelj (50).

3.3. Statistička obrada podataka

Brojčani podatci opisani su osnovnim mjerama sredine i raspršenja. Normalnost raspodjele promatranih numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Kategoričke varijable opisane su apsolutnim i relativnim frekvencijama.

Za istraživanje razlika između dviju nezavisnih skupina unutar pojedinog mjerenja upotrijebljen je Mann-Whitney test, za usporedbu više od dviju nezavisnih skupina unutar pojedinog mjerenja upotrijebljen je Kruskal-Wallis test. Razlike među kategoričkim varijablama testirale su se χ^2 testom ili Fisher-ovim egzaktnim testom. Cronbach-ovim koeficijentom iskazali smo koeficijent unutarnje pouzdanosti pojedinog upitnika. Za ocjenu bitnosti dobivenih rezultata odabrana je razina bitnosti $\alpha = 0.05$

Rabljene su izvorno pisani programi za baze podataka te statistički paket Statistica for Windows 2005 (inačica 7.1, StatSoft Inc., Tulsa, OK, SAD).

4. REZULTATI

4.1. SOCIODEMOGRAFSKI PODATCI

U ispitivanju je sudjelovalo ukupno 109 ispitanika od čega 46 (42,2%) ispitanika muškog spola srednje dobi 15,39 ($\pm 1,6$) godina i 63 (57,8%) ispitanika ženskog spola srednje dobi 15,87 ($\pm 1,7$) godina.

Srednju školu pohađa najveći broj ispitanika, njih 67 (61,5%) , zatim 39 (35,8%) ispitanika pohađa osnovnu školu, a svega 3 (2,8%) ispitanika ne pohađa školu. (Tablica 1)

Tablica 1. Raspodjela ispitanika po školi koju pohađa i spolu

Škola koju pohađa	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
osnovna	19 (41,3)	20 (31,7)	39 (35,8)	0,355
srednja	25 (54,3)	42 (66,7)	67 (61,5)	
ne pohađa školu	2 (4,3)	1 (1,6)	3 (2,8)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

* χ^2 -test

Najveći broj ispitanika, 97 (89%) ispitanika, sluša propisani nastavni program od čega 42 (91,3%) muškog i 55 (87,3%) ženskog spola. Devet (8,3%) ispitanika pohađa školu po prilagođenom programu, od čega 3 (6,5%) muškog , a 6 (9,5%) ženskog spola.

Ispitanici koji pohađaju srednju školu većim brojem su iz strukovne škole, njih 58 (85,3%) ispitanika i 10 (14,7%) ispitanika iz gimnazije. Razlika u broju ispitanika u odnosu na vrstu škole je značajna (Fisher-ov egzaktni test, $p=0,045$). (Tablica 2)

Tablica 2. Raspodjela ispitanika po vrsti srednje škole i spolu

Vrsta srednje škole	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
strukovna	25 (96,2)	33 (78,6)	58 (85,3)	0,045
gimnazija	1 (3,8)	9 (21,4)	10 (14,7)	
Ukupno	26 (100)	42 (100)	68 (100)	

*Fisher-ov egzaktni test

Najzastupljenije su ugostiteljska, obrtnička i komercijalna škola, od strukovnih škola, te opća gimnazija. Razlika u broju ispitanika po spolu i vrsti srednje škole je značajna (χ^2 test, $p=0,001$). (Tablica 3).

Tablica 3. Raspodjela ispitanika po nazivu škole i po spolu

Srednja škola	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
ekonomska škola	0	3 (7,1)	3 (4,4)	
elektrotehnička škola	3 (11,5)	1 (2,4)	4 (5,9)	
građevinska škola	1 (3,8)	1 (2,4)	2 (2,9)	
kemijsko-tehnološka škola	1 (3,8)	0	1 (1,5)	
komercijalna škola	2 (7,7)	7 (16,7)	9 (13,2)	
medicinska škola	1 (3,8)	6 (14,3)	7 (10,3)	
obrtička škola	10 (38,5)	1 (2,4)	11 (16,2)	
opća gimnazija	1 (3,8)	10 (23,8)	7 (10,3)	0,001
poljoprivredna škola	1 (3,8)	1 (2,4)	2 (2,9)	
strojarska škola	3 (11,5)	0	3 (4,4)	
škola za dizajn i umjetnost	0	3 (7,1)	3 (4,4)	
ugostiteljska škola	3 (11,5)	6 (14,3)	9 (13,2)	
jezična gimnazija	0	2 (4,8)	2 (2,9)	
matematička gimnazija	0	1 (2,4)	1 (1,5)	
Ukupno	26 (100)	42 (100)	67 (100)	

* χ^2 -test

Po obiteljskom statusu, 63 (57,8%) ispitanika ima roditelje koji žive u braku, 33 (30,3%) ispitanika ima rastavljene roditelje, 4 (3,7%) ispitanika ima roditelje koji žive u vanbračnoj zajednici, 6 (5,5%) ispitanika za roditelja ima udovicu (udovca) a obiteljski status 3 (2,8%) ispitanika je označen kao ostalo.

Majke najčešće imaju samo osnovnu školu, njih 42 (38,5%) majke ili srednju školu 57 (52,3%) majki. Visoku i višu spremu imaju po 4 (3,7%) majke, a samo su 2 (1,8%) majke bez škole. Majke su nezaposlene kod 60 (55%) ispitanika, u radnom odnosu kod 48 (44%) ispitanika a samo 1 (0,9%) majka je u mirovini.

Najzastupljenija stručna sprema oca je srednja škola, 77 (70,6%) očeva, osnovnu školu ima njih 21 (19,3%), višu spremu 7 (6,4%), visoku 3 (2,8%) očeva, a samo 1 (0,9%) otac je bez

škole. Očevi su zaposleni kod 55 (50,5%) ispitanika, kod 31 (28,4%) je nezaposlen a 23 (21,1%) očeva je u mirovini.

Zdravstveni status roditelja pokazuje kako su majke većinom zdrave, njih 42 (38,5%) dok ostale pate od fizičkih i psihičkih bolesti. 39 (35,8%) očeva je zdravo, a 34 (31,2%) oca boluje od psihičkih bolesti. Raspodjela zdravstvenog statusa roditelja dana je Tablicom 4. Dokazana je statistički značajna razlika u broju ispitanika po spolu i zdravstvenom stanju majke (χ^2 - test, $p=0,045$).

Tablica 4. Raspodjela ispitanika po spolu i zdravstvenom statusu roditelja

Zdravstveno stanje majke	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
MAJKA				
zdrava	14(30,4)	28 (44,4)	42 (38,5)	0,014
kronične fiz. bolesti	17 (37)	8 (12,7)	25 (22,9)	
psihičke bolesti	12 (26,1)	16 (25,4)	28 (25,7)	
psihičke i fizičke bolesti	3 (6,5)	11 (17,5)	14 (12,8)	
OTAC				
zdrava	12 (26,1)	27 (42,9)	39 (35,8)	0,347
kronične fiz. bolesti	5 (10,9)	6 (9,5)	11 (10,1)	
psihičke bolesti	18 (39,1)	16 (25,4)	34 (31,2)	
psihičke i fizičke bolesti	7 (15,2)	11 (17,5)	18 (16,5)	
umro	4 (8,7)	3 (4,8)	7 (6,4)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109(100)	

* χ^2 -test

Prosječan uspjeh ispitanika tijekom školovanja je najčešće dobar, kod 56 (34,9%) ispitanika, 38 (34,9%) ispitanika ima uspjeh vrlo dobar, 14 (12,8%) ispitanika je odlično a samo jedan (0,9%) ispitanika tijekom školovanja ima uspjeh dovoljan.

Trenutno je najviše 38 (34,9%) dobrih, 29 (26,6%) vrlo dobrih, 8 (7,3%) odličnih, 2 (1,8%) dovoljnih a čak 32 (29,4%) ponavljača, od čega 14 (30,4%) muškog spola, a 18 (28,6%) ženskog spola. Raspodjela po spolu dana je Tablicom 5.

Tablica 5. Trenutan uspjeh ispitanika u školi po spolu

Uspjeh u školi	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
odličan	3 (6,5)	5 (7,9)	8 (7,3)	
vrlo dobar	9 (19,6)	20 (31,7)	29 (26,6)	
dobar	19 (41,3)	19 (30,2)	38 (34,9)	0,630
dovoljan	1 (2,2)	1 (1,6)	2 (1,8)	
ponavljač	14 (30,4)	18 (28,6)	32 (29,4)	
Ukupno	46 (100)	63(100)	109(100)	

* χ^2 -test

Bez negativnih ocjena je 34 (31,2%) ispitanika, s 1-2 negativnom ocjenom je 48 (44%) ispitanika, s 3-4 je 23 (21,1%) a samo 4 (3,7%) ispitanika ima više od 4 negativne ocjene. Bez neopravdanih sati je 32 (29,4%) ispitanika, njih 35 (32,1%) ima od 10 do 20 neopravdanih sati. Jednak broj, njih 13 (11,9%) ima do 5 ili od 30 do 40 neopravdanih sati, samo 1 (0,9%) ispitanik ima više od 40 neopravdanih sati. Opomene pred isključenje ima 30 (27,5%) ispitanika.

Sukobio se (unazad 6 mjeseci) s nastavnikom 41 (37,6%) ispitanik, s vršnjacima njih 55 (50,5%) ispitanika, a s policijom 30 (27,5%) ispitanika. Značajno je više muških ispitanika koji su se sukobili s vršnjacima unazad šest mjeseci (Fisher-ov egzakti test, $p=0,020$) (Tablica 6)

Tablica 6. Raspodjela ispitanika koji su se s nekim sukobili unazad 6 mjeseci po spolu

Sukob s	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
nastavnikom unazad 6 mjeseci				
da	21 (45,7)	20 (31,7)	41 (37,6)	0,100
ne	25 (54,3)	43 (68,3)	68 (62,4)	
vršnjakom unazad 6 mjeseci				
da	29 (63)	26 (41,3)	55 (50,5)	0,020
ne	17 (37)	37 (58,7)	54 (49,5)	
policijom unazad 6 mjeseci				
da	16 (34,8)	14 (22,2)	30 (27,5)	0,109
ne	30 (65,2)	49 (77,8)	79 (72,5)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

*Fisher-ov egzakti test

Policijska intervencija je bila potrebna najviše zbog krađe kod 14 (43,75%) ispitanika, ostalo je bio razlog: opijanje na javnom mjestu, nasilno ponašanje u školi, posjedovanje ili konzumiranje psihostimulirajućih tvari, skitnja. Sudska mjera izrečena je kod 7 (6,7%) ispitanika od čega 4 (8,7%) muškog spola i 3 (4,8%) ispitanika ženskog spola.

Veći broj ispitanika, njih 60 (55%), iz potpune je obitelji, od čega trenutno njih 54 (50%) i živi u potpunoj obitelji, 32 (29,6%) živi samo s majkom, 5 (4,6%) ispitanika živi s ocem, 3 (2,8%) živi u udomiteljskoj obitelji, 4 (3,7%) živi kod usvojitelja / posvojitelja a 10 (9,3%) ispitanika živi u SOS dječjem selu ili u domu.

Razlog razvoda roditelja je u najvećoj mjeri neslaganje karaktera, kod 22 (45,83%) ispitanika, psihička bolest i nasilje u obitelji kod 20 (41,67%) ispitanika te 6 (12,5%) ispitanika navodi kao razlog nešto drugo.

Ispitanici su većinom iz obitelji s dvoje ili troje djece, njihova raspodjela dana je Tablicom 7.

Tablica 7. Broj ispitanika po tome koliko djece ima u obitelji

Broj djece u obitelji	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
1	3 (6,5)	7 (11,3)	10 (9,3)	0,381
2	20 (43,5)	21 (33,9)	41 (38)	
3	15 (32,6)	20 (32,3)	35 (32,4)	
4	4 (8,7)	9 (14,5)	13 (12)	
5	2 (4,3)	0 ()	2 (1,9)	
više od 5	2 (4,3)	5 (8,1)	7 (6,5)	
Ukupno	46 (100)	62 (100)	108 (100)	

* χ^2 -test

Bez redovitih prihoda u obitelji je 20 (18,3%) ispitanika, 45 (41,3%) ima prihod od 2000 od 4000 kuna, 25 (22,9%) ispitanika je s prihodom od 4000 do 6000 kuna. Više od 6000 kuna po domaćinstvu ima samo 9 (8,3%) ispitanika. (Tablica 8)

Tablica 8. Raspodjela ispitanika po mjesečnom prihodu u obitelji

Prosječni prihod u obitelji	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
bez redovitih prihoda	8 (17,4)	12 (19)	20 (18,3)	
do 2000 kn	5 (10,9)	5 (7,9)	10 (9,2)	
od 2000 do 4000 kn	23 (50)	22 (34,9)	45 (41,3)	0,368
od 4000 kn do 6000 kn	8 (17,4)	17 (27)	25 (22,9)	
više od 6000 kn	2 (4,3)	7 (11,1)	9 (8,3)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

* χ^2 -test

Čak 36 (33%) ispitanika se samoozljeđuje, njih 23 (21,1%) se ponekad samoozljeđuje, a nešto manje od polovice, njih 50 (45,9%) ne ozljeđuje se. (Tablica 9)

Značajno je više djevojaka koje se samoozljeđuju u odnosu na muške ispitanike (χ^2 test, p=0,002).

Tablica 9. Raspodjela ispitanika po tome samoozlijeđuju li se ili ne

Samoozlijeđivanje adolescenata	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
da	7 (15,2)	29 (46)	36 (33)	
ne	29 (63)	21 (33,3)	50 (45,9)	0,002
ponekad	10 (21,7)	13 (20,6)	23 (21,1)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

* χ^2 -test

Alkohol konzumira 32 (29,4%) ispitanika, više ženskog spola 17 (27%) nego li muškog spola 15 (32,6%). Cigarete konzumira 39 (35,8%) ispitanika. Psihostimulirajuća sredstva ponekad koristi i stalno koristi 7 (6,4%) ispitanika, i to najčešće marihuanu, 5 (83,3%) a samo 1 (16,7%) djevojka konzumira ecstasy. Raspodjela po spolu dana je Tablicom 10.

Tablica 10. Raspodjela ispitanika po tome konzumiraju li alkohol, cigarete ili psihostimulirajuća sredstva

Konzumira	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
ALKOHOL				
da	15 (32,6)	17 (27)	32 (29,4)	0,809
ne	20 (43,5)	29 (46)	49 (45)	
ponekad	11 (23,9)	17 (27)	28 (25,7)	
CIGARETE				
da	17 (37)	22 (34,9)	39 (35,8)	0,628
ne	24 (52,2)	30 (47,6)	54 (49,5)	
ponekad	5 (10,9)	11 (17,5)	16 (14,7)	
PSIHOSTIMULIRAJUĆA SREDSTVA				
da	2 (4,3)	5 (7,9)	7 (6,4)	0,542
ne	42 (91,3)	53 (84,1)	95 (87,2)	
ponekad	2 (4,3)	5 (7,9)	7 (6,4)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

Konsumiranje alkohola i cigareta počeli su najčešće poslije 14. godine života, alkohol njih 29 (46,8%) a cigarete njih 27 (50%). Prije 10. godine života počelo je konzumirati alkohol i pušiti 2 (3,2%) ispitanika.

Čak 17 (16,3%) ispitanika koristi lijekove bez dozvole, od čega značajno više ženskog spola, njih 13 (21%). Ponekad koriste lijekove bez dozvole 37 (35,6%) ispitanika i tu značajno više ispitanici ženskog spola, 27 (43,5%). Dokazana je značajna razlika po spolu (χ^2 -test, $p=0,007$). (Tablica 11)

Tablica 11. Raspodjela ispitanika po tome uzimaju li lijekove bez dozvole

Uzimanje lijekova bez dozvole	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
da	4 (9,5)	13 (21)	17 (16,3)	0,007
ne	28 (66,7)	22 (35,5)	50 (48,1)	
ponekad	10 (23,8)	27 (43,5)	37 (35,6)	
Ukupno	42 (100)	62 (100)	104 (100)	

* χ^2 -test

Ispitanici se uglavnom liječe i bolničkim i ambulantnim putem, njih 62 (56,9%), od čega je najviše njih 34 (31,2%) bilo unatrag godine dana hospitalizirano samo jednom. Samo

ambulantnim putem liječi se 43 (39,4%) ispitanika a svega 4 (3,7%) ispitanika samo bolničkim putem.

Bez terapije je 43 (39,4%) ispitanika, najčešća je antidepresivna terapija kod 34 (31,2%) ispitanika. Razlika u terapiji nije značajno različita po spolu. (Tablica 12)

Tablica 12. Raspodjela ispitanika po terapiji

Terapija po psihijatru	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
bez terapije	18 (39,1)	25 (39,7)	43 (39,4)	
antidepresiv	17 (37)	17 (27)	34 (31,2)	
antipsihotik	2 (4,3)	4 (6,3)	6 (5,5)	
anksiolitik	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,9)	0,590
antidepresiv + antipsihotik	2 (4,3)	8 (12,7)	10 (9,2)	
antidepresiv + antipsihotik + anksiolitik	5 (10,9)	4 (6,3)	9 (8,3)	
antidepresiv + anksiolitik	2 (4,3)	4 (6,3)	6 (5,5)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (109)	

* χ^2 -test

Od antidepresiva najčešći je sertralin, kod 25 (42,4%) ispitanika, zatim fluvoksamin kod 21 (35,6%) kod 3 (5,1%) sulpirid, a kod 1 (1,7%) fluoksetin.

Antipsihotik je najčešće risperidon kod 10 (41,7%), olanzapin kod 7 (29,2%), quetiapin kod 4 (16,7%), haloperidol kod 2 (8,3%) te promazin kod 1 (4,2%) ispitanika.

Unatrag 6 mjeseci prekid emotivne veze imalo je 12 (11%) ispitanika od čega više ispitanika ženskog spola, njih 9 (14,3%) međutim razlika nije značajna.

Smrt člana obitelji (unatrag 6 mjeseci) imalo je 5 (4,6%) ispitanika, smrt bliskog prijatelja 5 (4,6%) ispitanika, a neki drugi stresni događaj 52 (47,7%) ispitanika. Raspodjela po spolu dana Tablicom 13.

Tablica 13. Raspodjela ispitanika po tome jesu li unatrag 6 mjeseci imali smrt člana obitelji, bliskog prijatelja ili neki drugi stresni događaj

Unatrag 6 mjeseci	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
SMRT ČLANA OBITELJI				
da	4 (8,7)	1 (1,6)	5 (4,6)	0,100
ne	42 (91,3)	62 (98,4)	104 (95,4)	
SMRT BLISKOG PRIJATELJA				
da	3 (6,5)	2 (3,2)	5 (4,6)	0,353
ne	43 (93,5)	61 (96,8)	104 (95,4)	
DRUGI STRESNI DOGAĐAJ				
da	25 (54,3)	27 (42,9)	52 (47,7)	0,161
ne	21 (45,7)	36 (57,1)	57 (52,3)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

*Fisher-ov egzaktni test

Kao drugi stresni događaj ispitanici najčešće navode zlostavljanje od strane vršnjaka, kod 8 (8,2%) ispitanika, sukobi u obitelji te teška financijska situacija roditelja kod 5 (5,1%) ispitanika, smještaj izvan primarne obitelji kod 4 (4,1%) ispitanika, teška bolest roditelja kod 3 (3,1%) te kod 4 (4,1%) ispitanika se navodi trudnoća i sukob u obitelji kao drugi stresni događaj.

Kao psihičku bolest majke najčešće se navodi anksioznost / depresija kod 28 (25,7%) ispitanika, od kojih je veći broj majki kod ženskih ispitanika, njih 20 (31,7%) u odnosu na majke ispitanika muškog spola, međutim razlika se nije pokazala statistički značajna. Psihička bolest oca je najčešće navodi PTSP kod 21 (19,3%) ispitanika, zatim anksioznost / depresija u kombinaciji s alkoholizmom kod 18 (16,5%). (Tablica 14)

Tablica 14. Raspodjela ispitanika po tome imaju li roditelji psihičku bolest

Psihička bolest majke	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
PSIHIČKA BOLEST MAJKE				
nema psihičku bolest	29 (63)	34 (54)	63 (57,8)	0,503
anksioznost / depresija	8 (17,4)	20 (31,7)	28 (25,7)	
schizophrenia	6 (13)	6 (9,5)	12 (11)	
alkoholizam	1 (2,2)	2 (3,2)	3 (2,8)	
ostalo	1 (2,2)	0 ()	1 (0,9)	
aksioznost/depresija + alkoholizam	1 (2,2)	1 (1,6)	2 (1,8)	
PSIHIČKA BOLEST OCA				
nema psihičku bolest	17 (37)	31 (49,2)	48 (44)	0,403
alkoholizam	3 (6,5)	6 (9,5)	9 (8,3)	
PTSP	13 (28,3)	8 (12,7)	21 (19,3)	
schizophrenia	2 (4,3)	1 (1,6)	3 (2,8)	
depressia	0 ()	2 (3,2)	2 (1,8)	
ostalo	2 (4,3)	2 (3,2)	4 (3,7)	
anksioznost / depresija + alkoholizam	8 (17,4)	10 (15,9)	18 (16,5)	
alkoholizam + schizophrenia	0 ()	1 (1,6)	1 (0,9)	
alkoholizam + PTSP + ostalo	1 (2,2)	0 ()	1 (0,9)	
schizophrenia + depressia + ostalo	0 ()	1 (1,6)	1 (0,9)	
PTSP + depressia	0 ()	1 (1,6)	1 (0,9)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

* χ^2 -test

Kod očeva kod kojih je dijagnosticirana psihička bolest, nasilno ponašanje oca je kod 3 (37,5%) ispitanika, a 2 (25%) oca su u zatvoru.

U užoj obitelji kod 50 (47,6%) ispitanika nema psihičke bolesti, kod 11 (10,5%) dijagnosticirana je depressia, kod 44 (41,9%) alkoholizam, suicid ili pokušaj suicida te psihotični poremećaji. Najčešći psihički problemi u užoj obitelji su kod braće ili sestara.

Seksualno je zlostavljano 3 (2,8%) ispitanika ženskog spola.

Potvrđan odgovor na pitanje jesu li ranije imali pokušaj suicida dalo je 26 (23,9%) ispitanika, od čega značajno više ženskog spola, njih 21 (33,3%) ispitanika (Fisher-ov egzakti test, $p=0,005$). Raspodjela po spolu dana je Tablicom 15.

Tablica 15. Raspodjela ispitanika po tome jesu li ranije imali pokušaj suicida

Raniji pokušaji suicida djeteta	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
da	5 (10,9)	21 (33,3)	26 (23,9)	0,005
ne	41 (89,1)	42 (66,7)	83 (76,1)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

*Fisher-ov egzakti test

Najčešći oblik pokušaja suicida je ozljeđivanje oštrim predmetima, kod 9 (32,1%) ispitanika, samootrovanje lijekovima kod 5 (17,9%) ispitanika te kombinacija lijekova + alkohola + samoozljeđivanja oštrim predmetom kod 5 (17,9%) ispitanika. (Tablica 16)

Tablica 16. Raspodjela ispitanika po načinu pokušaja suicida

Način pokušaja suicida	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
vješanjem	1 (16,7)	0 (0)	1 (3,6)	0,370
utapanjem	0 (0)	1 (4,5)	1 (3,6)	
samootrovanjem lijekovima	2 (33,3)	3 (13,6)	5 (17,9)	
ozljeđivanje oštrim predmetima	1 (16,7)	8 (36,4)	9 (32,1)	
lijekovi + alkohol	0 (0)	1 (4,5)	1 (3,6)	
lijekovi + ozljeđivanje oštrim predmetima	0 (0)	2 (9,1)	2 (7,1)	
alkohol + ozljeđivanje oštrim predmetima	0 (0)	1 (4,5)	1 (3,6)	
vješanje + ostalo	1 (16,7)	0 (0)	1 (3,6)	
ozljeđivanje oštrim predmetima + ostalo	0 (0)	1 (4,5)	1 (3,6)	
utapanje + lijekovi + alkohol+ oštri predmeti	0 (0)	1 (4,5)	1 (3,6)	
lijekovi + alkohol + ozljeđivanje oštrim predmetima	1 (16,7)	4 (18,2)	5 (17,9)	
Ukupno	6 (100)	22 (100)	28 (100)	

* χ^2 -test

Fizički je zlostavljano 22 (20,2%) ispitanika, najčešće od strane oca, kod 18 (81,8%) te i od oca i majke 4 (18,2%) ispitanika.

U 28 (25,7%) obitelji prisutno je obiteljsko nasilje, a 58 (53,2%) obitelji je pod nadzorom Centra za socijalni rad. (Tablica 17)

Tablica 17. Raspodjela ispitanika po tome je li obitelj od nadzorom Centra za socijalni rad

Nadzor Centra za socijalni rad	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
da	27 (58,7)	31 (49,2)	58 (53,2)	0,216
ne	19 (41,3)	32 (50,8)	51 (46,8)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

**Fisher-ov egzaktni test*

Više od četvrtine, njih 30 (27,5%) obitelji prima socijalnu pomoć. Raspodjela po spolu dana je Tablicom 18.

Tablica 18. Raspodjela ispitanika po tome je li obitelj prima socijalnu pomoć

Obitelj prima socijalnu pomoć	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
da	14 (30,4)	16 (25,4)	30 (27,5)	0,356
ne	32 (69,6)	47 (74,6)	79 (72,5)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

**Fisher-ov egzaktni test*

Poremećaj u ishrani ima 7 (6,4%) ispitanika od čega 6 (9,5%) ispitanika ženskog spola međutim nije dokazana statistički značajna razlika. (Tablica 19)

Tablica 19. Raspodjela ispitanika po tome imaju li poremećaj u ishrani li ne

Poremećaj u ishrani	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
da	1 (2,2)	6 (9,5)	7 (6,4)	0,123
ne	45 (97,8)	57 (90,5)	102 (93,6)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

**Fisher-ov egzaktni test*

Dodatno se samoozljeđuje 39 (35,8%) ispitanika od čega više ispitanika ženskog spola, njih 28 (4,4%), što je dokazano statistički značajna razlika (Fisher-ov egzaktni test, $p=0,022$). Raspodjela po spolu dana Tablicom 20.

Tablica 20. Raspodjela ispitanika po tome samoozljeđuju li se ili ne

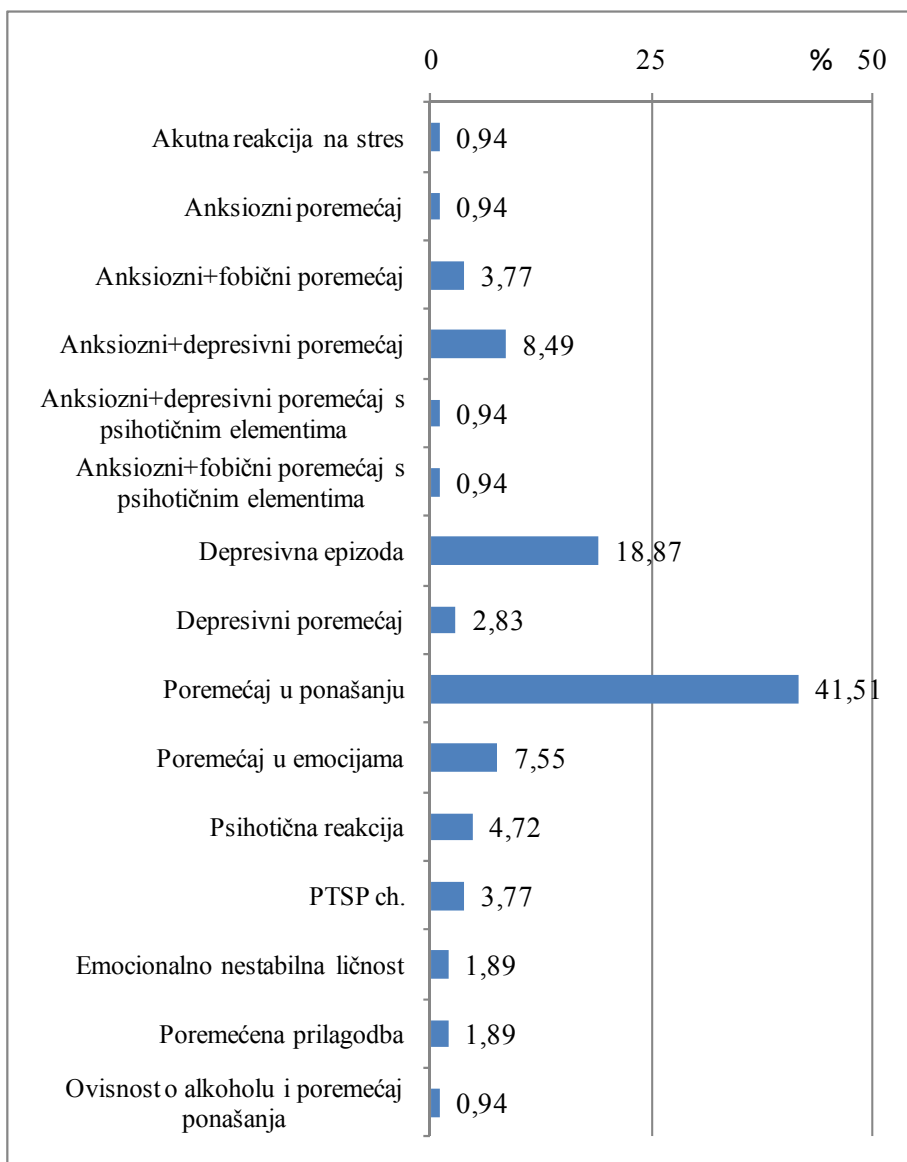
Dodatno samoozljeđivanje	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
da	11 (23,9)	28 (44,4)	39 (35,8)	0,022
ne	35 (76,1)	35 (55,6)	70 (64,2)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

**Fisher-ov egzaktni test*

Raspodjela ispitanika po dijagnozi dana je Slikom 1. a po komorbidnoj dijagnozi Slikom 2.



Slika 1. Raspodjela ispitanika po dijagnozi (%)



Slika 2. Raspodjela ispitanika po komorbidnoj dijagnozi (%)

4.2. UPITNICI

Sportovi u kojima ispitanici najviše vole sudjelovati su nogomet (17,5%), plivanje (13,4%) te vožnja biciklom (14,93%), u kojima, uspoređujući ih s drugima njihovih godina, prosječno vrijeme provodi 29 (56,9%) ispitanika. Od drugih sportova zastupljeni su: košarka, kajak, veslanje, kuglanje, streljaštvo, borilačke vještine, tenis, trbušni ples. Što se tiče uspješnosti, najviše ispitanika, njih 30 (61,2%) ima stav da je prosječno uspješan u tim sportovima u odnosu na vršnjake svoje dobi. Da je uspješniji smatra 14 (28,6%), a da je neuspješniji od svojih vršnjaka misli 5 (10,5%) ispitanika.

Najomiljeniji hobi je glazba kod 37 (46,25%) ispitanika, rad na računalu kod 15 (22,06%) ispitanika te čitanje kod 7 (10,29%) ispitanika. Zastupljeni su od ostalih aktivnosti: crtanje, gledanje filmova, pisanje, igranje na playstation-u, kartanje, učenje stranih jezika. U odnosu na svoje vršnjake 35 (41,7%) ispitanika smatra da se bavi više od prosjeka svojim hobijem, a 31 (39,2%) misli i da je uspješnije od svojih vršnjaka u tom hobiju. Razlika u odgovorima po spolu postoji ali nije značajna. Mali broj ispitanika je kroz svoj hobi uključen u neki klub, kako bi se organizirano bavili svojim hobijem.

Velik broj ispitanika uključen je kod kuće u poslove spremanja kuće ili stana, njih 44 (65,67%), čuvanje djece (ili mlađih braće i sestara) njih 4 (5,97%), mali broj ima zadatak košenja trave, pranja suđa, usisavanja, odlaska po kruh, odnošenje smeća, pranje stubišta, šetnje psa.

Svoje zadatke, vezano za obitelj i kuću, smatra da bolje od prosjeka obavlja 19 (30,6%) ispitanika, njih 37 (59,7%) je mišljenja da taj posao obavlja prosječno dobro a svega 6 (9,7%) ispitanika smatra da posao obavlja lošije od prosjeka.

Veći dio, njih 44 (41,1%) ispitanika, ima dva do tri bliska prijatelja s kojima se vidi tri ili više puta na tjedan njih 57 (54,3%).

U odnosu prema drugim ljudima, značajna je razlika u slaganju s braćom i sestrama (χ^2 test, $p=0,012$) po spolu. Po tim pitanjima uglavnom je prisutna prosječnost slaganje i s roditeljima i drugim vršnjacima te braćom i sestrama. (Tablica 23)

Tablica 23. Raspodjela ispitanika po odnosu prema drugima i po spolu

Odnos prema drugima	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
1. Slaganje s braćom i sestrama				
Lošije	13 (29,5)	5 (7,9)	18 (16,8)	0,012
Prosječno	30 (68,2)	55 (87,3)	85 (79,4)	
Bolje	1 (2,3)	3 (4,8)	4 (3,7)	
Ukupno	44 (100)	63 (100)	107 (100)	
2. Slaganje s drugim vršnjacima				
Lošije	9 (22)	12 (20,7)	21 (21,2)	0,273
Prosječno	25 (61)	28 (48,3)	53 (53,5)	
Bolje	7 (17,1)	18 (31)	25 (25,3)	
Ukupno	41 (100)	58 (100)	99 (100)	
4. Kako se slažete s roditeljima				
Lošije	9 (20,5)	6 (9,7)	15 (14,2)	0,292
Prosječno	23 (52,3)	37 (59,7)	60 (56,6)	
Bolje	12 (27,3)	19 (30,6)	31 (29,2)	
Ukupno	44 (100)	62 (100)	106 (100)	

* χ^2 test

Kad sami nešto rade, njih 32 (30,5%) je mišljenja da to radi lošije, prosječno misli da radi 47 (44,8%) ispitanika, a svega 26 (24,8%) smatra da radi bolje.

U Tablici 24. dana je raspodjela stavova ispitanika o tome kakvi su u školi, kakvi su u odnosu na pojedine školske predmete (društvene i prirodne znanosti).

Prosječno je u školi 67 (65,7%) ispitanika, iz hrvatskog je 92 (86%) ispod prosjeka, a veći dio je prosječan iz matematike, njih 44 (46,3%), povijesti i društvenih znanosti, 53 (55,2%) ispitanika te iz biologije, kemije i fizike njih 41 (43,6%).

U ostalim predmetima (zemljopis, strani jezik, tjelesni) veći dio ispitanika se smatra prosječno, njih 41 (48,8%).

Tablica 24. Raspodjela ispitanika po uspjehu u školi i po spolu

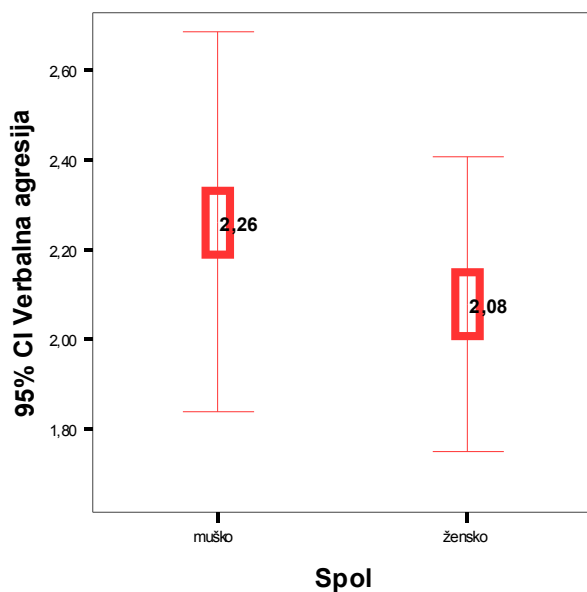
Parametri	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
1. Uspjeh u školi				
Lošije	9 (22)	9 (14,8)	18 (17,6)	0,619
Prosječno	25 (61)	42 (68,9)	67 (65,7)	
Bolje	7 (17,1)	10 (16,4)	17 (16,7)	
Ukupno	41 (100)	61 (100)	105 (100)	
2. Hrvatski				
Neuspjeh	6 (13,6)	4 (6,3)	10 (9,3)	0,395
Ispod prosjeka	37 (84,1)	55 (87,3)	92 (86)	
Prosječno	1 (2,3)	2 (3,2)	3 (2,8)	
Iznad prosjeka	0 ()	2 (3,2)	2 (1,9)	
Ukupno	43 (100)	63 (100)	107 (100)	
3. Povijest i društvene znanosti				
Neuspjeh	5 (13,2)	7 (12,1)	12 (12,5)	0,622
Ispod prosjeka	6 (15,8)	9 (15,5)	15 (15,6)	
Prosječno	23 (60,5)	30 (51,7)	53 (55,2)	
Iznad prosjeka	4 (10,5)	12 (20,7)	16 (16,7)	
Ukupno	38 (100)	58 (100)	96 (100)	
4. Matematika				
Neuspjeh	3 (7,9)	5 (8,8)	8 (8,4)	0,382
Ispod prosjeka	10 (26,3)	16 (28,1)	26 (27,4)	
Prosječno	21 (55,3)	23 (40,4)	44 (46,3)	
Iznad prosjeka	4 (10,5)	13 (22,8)	17 (17,9)	
Ukupno	38 (100)	57 (100)	95 (100)	
5. Biologija, kemija fizika				
Neuspjeh	7 (18,4)	7 (12,5)	14 (14,9)	0,562
Ispod prosjeka	10 (26,3)	20 (35,7)	30 (31,9)	
Prosječno	16 (42,1)	25 (44,6)	41 (43,6)	
Iznad prosjeka	5 (13,2)	4 (7,1)	9 (9,6)	
Ukupno	38 (100)	56 (100)	94 (100)	
6. Ostalo				
Neuspjeh	4 (11,1)	7 (14,6)	11 (13,1)	0,137
Ispod prosjeka	8 (22,2)	19 (39,6)	27 (32,1)	
Prosječno	20 (55,6)	21 (43,8)	41 (48,8)	
Iznad prosjeka	4 (11,1)	1 (2,1)	5 (6)	
Ukupno	36 (100)	48 (100)	84 (100)	

* χ^2 test

4.2.1. AGRESIJA

U anketi vezanoj uz agresiju, ispitanici su odgovarali na pitanja koja se mogu klasificirati u pet skupina: verbalna agresija, fizičko nasilje prema sebi, fizičko nasilje prema drugima I i II te suicidalnost. Koeficijent pouzdanosti Cronbach alfa za cijelu skalu je 0,72.

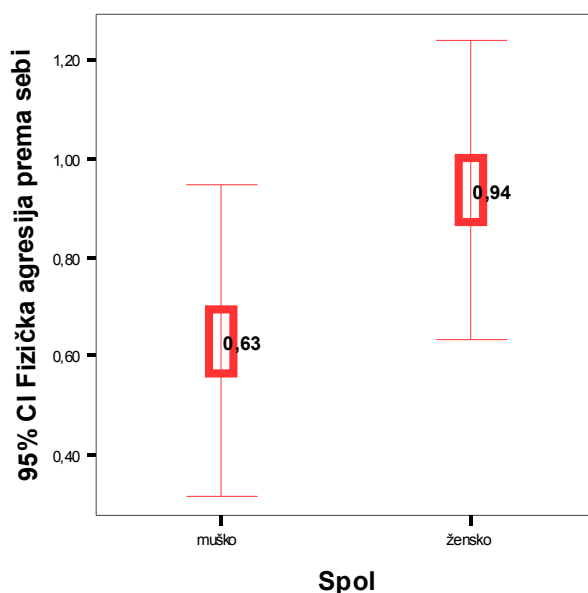
Verbalna agresija se izražava ljutitim galamljenjem i vikom kod 62 (57,4%) ispitanika, izražavanjem personalnih uvreda kod 80 (74,1%) ispitanika, zlobnim kletvama ili korištenjem psovkama u ljutnji kod 59 (54,6%) ispitanika, a jasno prijeti nasiljem sebi ili drugima 30 (28%) ispitanika. Nema razlike u odnosu na spol. (Slika 3)



Slika 3. Verbalna agresija

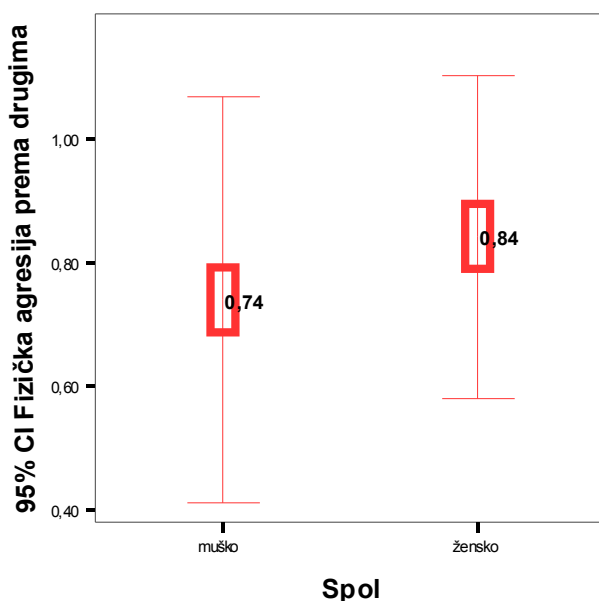
Fizičko nasilje prema sebi češanjem ili grebanjem svoje kože, udaranjem, čupanjem kose ili nanošenjem boli bez ozljeda čini 34 (31,2%) ispitanika; udara glavu, udara šakom po predmetima, baca se na pod ili si čini manje ozljede 21 (19,3%) ispitanika.

Čini manje posjekotine, opekotine ili modrice što vidno oštećuju kožu 27 (24,8%) ispitanika, dok svega 6 (5,5%) ispitanika čini duboke posjekotine, udara se sve dok ne prokrvari i stvara si unutrašnje ozljede. (Slika 4)



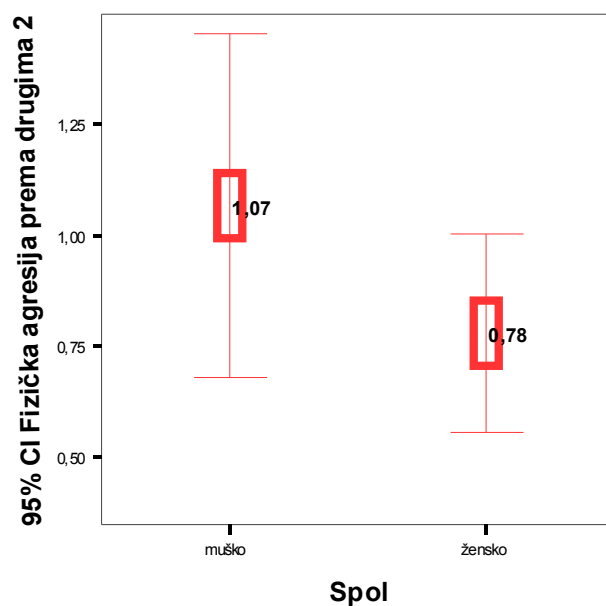
Slika 4. Fizička agresija prema sebi po spolu

Lupa vratima, kida odjeću ili čini nered u nastupu bijesa 37 (34,3%) ispitanika; baca predmete, udara o namještaj bez stvaranja oštećenja, udara se o zid 24 (22,2%) ispitanika; lomi predmete ili razbija prozore 14 (13,1%) ispitanika, a 7 (6,5%) ispitanika je potpalilo razarajuću vatru ili je oštetilo vrijednu imovinu. (Slika 5)



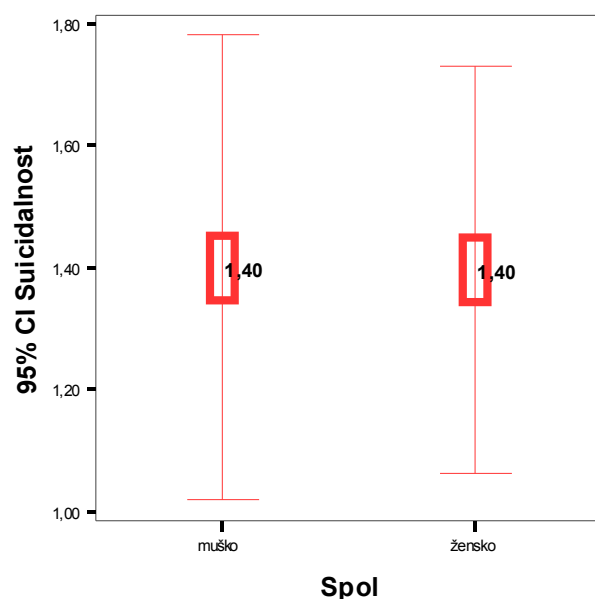
Slika 5. Fizička agresija prema drugima po spolu

Fizičko nasilje prema drugima iskazuje se i prijetećim gestama zamahivanja prema drugima ili kidanje odjeće drugim ljudima u nastupu bijesa, što čini 27 (25%) ispitanika; udario je ili gurnuo ili vukao nekoga za kosu ali bez ozljeđivanja čak 41 (38%) ispitanika; 19 (17,4%) ispitanika je napalo nekoga uzrokujući tjelesnu ozljedu ili je prijetilo opasnim oružjem; 9 (8,3%) ispitanika je napalo nekoga uzrokujući tešku tjelesnu ozljedu (prijelom kosti, unutrašnje povrede). (Slika 6)



Slika 6. Fizička agresija prema drugima II po spolu

Čak 65 (60,2%) ispitanika je razmišljalo o pokušaju samoubojstva. Detaljan plan suicida je napravilo ali nije pokušalo ostvariti naum 24 (22,2%) ispitanika. Prekomjernu dozu alkohola ili lijekova je uzelo, uz malu zabrinutost za vlastitu sigurnost a bez apsolutne želje za smrću, 38 (35,2%) ispitanika. Pokušaj suicida je imalo 24 (22,2%) ispitanika. Nema razlike po spolu u odgovorima o suicidalnosti (Slika 7).



Slika 7. Suicidalnost po spolu

Usporedba indeksa anksioznosti sa socioekonomskim parametrima dana je Tablicom 25. Dokazan je velik utjecaj Stručne spreme roditelja, uspjeha u školi i ekonomskog statusa na stupanj agresije.

Tablica 25. Usporedba skupina agresije sa socioekonomskim parametrima

	Vrste agresije p*						
	Verbalna agresija	Fizička agresija prema sebi	Fizička agresija prema drugome	Fizička agresija II	Suicidalnost	Anksioznost	Depresija
SSS majke	0,110	0,154	0,918	0,001	0,095	0,776	0,297
SSS oca	0,165	0,042	0,164	0,004	0,035	0,651	0,206
Radni status majke	0,626	0,694	0,671	0,070	0,739	0,477	0,922
Radni status oca	0,118	0,171	0,058	0,444	0,875	0,795	0,811
Uspjeh u školi	0,820	0,916	0,486	0,459	0,151	0,010	0,154
Prosječan uspjeh tijekom školovanja	0,456	0,213	0,880	0,811	0,013	0,021	0,058
Obitelj prima socijalnu pomoć	0,444	0,375	0,136	0,026	0,299	0,972	0,538

*Kruskal Wallis test

4.2.2. Anksioznost

Na pitanja, na osnovi kojih smo ispitanike klasificirali s obzirom na stupanj anksioznosti, ispitanici su odgovarali: gotovo nikad, ponekad, često ili stalno. Koeficijent pouzdanosti Cronbach alfa iznosi 0,75.

Stalno je u strahu da će se dogoditi najgore 16 (14,7%) ispitanika. Prestrašenost i užasnutost, kao jednu od odlika anksioznosti, često ima 13 (11,9%) a stalno 10 (9,2%) ispitanika. Najveći broj ispitanika, njih 46 (42,2%) ponekad osjeća nestabilnost i nesigurnost, dok taj osjećaj stalno ima 11 (10,1%) ispitanika.

Strah od gubitka kontrole gotovo nikad nema 62 (56,9%) a stalno ima 6 (5,5%) ispitanika. Strah od umiranja često postoji kod 11 (10,1%) ispitanika. Osjećaj prestrašenosti (uplašenosti) stalno ima 9 (8,3%) ispitanika.

Vrtoglavicu ili omaglicu često osjeća 13 (11,9%) ispitanika. Lupanje ili brzo udaranje srca često ima 19 (17,4%), a stalno 7 (6,4%) ispitanika. Često, klecaju noge kod 18 (16,7%) ispitanika, a nisu se u mogućnosti opustiti 26 (24,1%) ispitanika te stalno 9 (8,3%) ispitanika. Obamrlost ili trnjenje ponekad osjeća 31 (28,4%) ispitanik; osjećaj vrućine je ponekad prisutan kod njih 50 (45,9%).

Nervozu stalno osjeća 19 (17,4%), a često 32 (29,4%) ispitanika. Osjećaj gušenja stalno ima 3 (2,8%) ispitanika; drhtanje ruku 13 (11,9%) ispitanika; drhtavost ponekad ima 28 (25,7%) ispitanika.

Poteškoće s disanjem veći dio ispitanika, njih 79 (72,5%) gotovo nema, a često ima 8 (7,3%) ispitanika. Poteškoće s probavom ili nelagodu u trbuhu najveći dio ispitanika, njih 56 (51,4) gotovo nema. Ponekad ima klonulost (slabost) 28 (25,7%) ispitanika; užarenost lica 28 (25,7%) ispitanika; znojenje (ne zbog vrućine) 31 (28,4%) ispitanika. Raspodjela odgovora po spolu nije značajna.

S obzirom na stupanj anksioznosti, jednak broj ispitanika, njih 25 (22,9%) je u normalnom rasponu (0 - 7) ili ima jako izraženu anksioznost (26 – 63). Blaga anksioznost je uočena kod 36 (33%) ispitanika a umjerena kod 23 (21,1%) ispitanika. Raspodjela po spolu dana je Tablicom 26.

Tablica 26. Raspodjela ispitanika po stupnju anksioznosti i spolu

Stupanj anksioznosti	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
normalni raspon (0-7)	10 (21,7)	15 (23,8)	25 (22,9)	
blaga (8 – 15)	18 (39,1)	18 (28,6)	36 (33)	
umjerena (16 – 25)	8 (17,4)	15 (23,8)	23 (21,1)	0,679
jaka (26 – 63)	10 (21,7)	15 (23,8)	25 (22,9)	
Ukupno	46 (100)	63 (100)	109 (100)	

* χ^2 - test

U grupi s umjerenom anksioznosti najveći broj ispitanika se samoozljeđuje, njih 10 (43,5%), a u grupi s jakim anksioznosti ponekad se samoozljeđuje 10 (40%) a stalno 8 (32%) ispitanika. Dokazana je razlika u tome ozljeđuju li se ispitanici češće ili ne u ovisnosti o stupnju anksioznosti (χ^2 test, $p=0,004$). (Tablica 27)

Tablica 27. Raspodjela ispitanika po tome samoozljeđuju li se i po stupnju anksioznosti

Samoozljeđivanje	Anksioznost				Ukupno	p*
	normalni raspon	blaga	umjerena	jaka		
da	3 (12)	15 (41,7)	10 (43,5)	8 (32)	36 (33)	
ne	19 (76)	13 (36,1)	11 (47,8)	7 (28)	50 (45,9)	0,004
ponekad	3 (12)	8 (22,2)	2 (8,7)	10 (40)	23 (21,1)	
Ukupno	25 (100)	36 (100)	23 (100)	25 (100)	109 (100)	

* χ^2 - test

4.2.3. Depresija

Ponekad se osjeća žalosno 38 (35,2%) ispitanika, a pesimistično je 27 (25,2%) ispitanika. Često je opterećeno prošlim neuspjesima 20 (18,5%) ispitanika. Gubitak zadovoljstva je stalno prisutan kod 11 (10,2%) a često kod 12 (11,1%) ispitanika. Kod 11 (10,2%) ispitanika stalno je prisutan osjećaj krivnje, a kod 15 (13,9%) je prisutan stalno i često osjećaj kažnjavanja. Koeficijent unutrašnje pouzdanosti Cronbach alfa za skalu je 0,76.

Često je nezadovoljno sobom 24 (22,2%) ispitanika, samokritično 15 (13,9%). Suicidalne misli i želje često ima 13 (12%) ispitanika, ponekad 28 (25,9%) a stalno 7 (6,5%) ispitanika. Stalno plače 15 (13,9%) ispitanika. Uznemirenost i gubitak interesa često su prisutni kod 10 (9,4%) ispitanika. Razdražljivo je stalno 10 (9,5%) a često 12 (11,4%) ispitanika.

Značajno više ispitanika ženskog spola (47,5%) u odnosu na muški spol (27,7%) osjeća gubitak interesa (χ^2 test, $p=0,012$), ponekad, često ili stalno. Često je neodlučno 8 (7,5%) ispitanika, od čega 1 (2,2%) muškog a 5 (8,2%) ženskog spola. Više ispitanika ženskog spola 34 (55,7%) osjeća bezvrijednost u odnosu na 16 (36,4%) ispitanika muškog spola, i ta razlika je dokazano značajna (χ^2 test, $p=0,033$).

Gubitak energije često osjeća 12 (11,4%) ispitanika, od čega 10 (16,4%) ženskog spola a 2 (4,5%) muškog spola. Razlika u odgovorima po spolu je značajna (χ^2 test, $p=0,032$). Većina ispitanika 87 (83,7%) nema gubitak seksualnog interesa. Zamara se ili je umorno ponekad 29 (27,6%) a često 14 (13,3%) ispitanika.

Što se tiče promjena u spavanju, nešto više nego obično spava 21 (20%) ispitanika, nešto manje nego obično 13 (12,4%) ispitanika, 17 (16,2%) spava puno manje nego obično, a 10 (9,5%) se probudi 1 – 2 sata prerano i ne može više zaspati. Teškoće s koncentracijom ima često 20 (19%) a ponekad 38 (36,2%) ispitanika. Svega 39 (37,1%) ispitanika nema promjene u apetitu. Nešto slabiji apetit nego obično je kod 23 (21,9%), a nešto jači nego obično kod 14 (13,3%) ispitanika. Jednak broj ispitanika, njih 6 (5,7%) ima puno jači apetit nego obično ili nema apetita. Cijelo vrijeme žudi za hranom 7 (6,7%) ispitanika.

S obzirom na dobivene odgovore ispitanici su raspoređeno u odnosu na stupanj depresivnosti. U normalnom rasponu se nalazi 33 (30,6%) ispitanika. Blagu depresiju ima

23 (21,3%) a umjerenu 27 (25%) ispitanika. Jaka depresija izražena je kod 25 (23,1%) ispitanika. (Tablica 28)

Tablica 28. Raspodjela ispitanika po stupnju depresije i spolu

Stupanj depresije	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
normalni raspon (0-7)	18 (40)	15 (23,8)	33 (30,6)	
blaga (8 – 15)	6 (13,3)	17 (27)	23 (21,3)	
umjerena (16 – 25)	11 (24,4)	16 (25,4)	27 (25)	0,205
jaka (26 – 63)	10 (22,2)	15 (23,8)	25 (23,1)	
Ukupno	45 (100)	63 (100)	108 (100)	

* χ^2 - test

U grupi s blagom depresijom najveći broj ispitanika je već imao pokušaj suicida, njih 11 (47,8%). Razlika po broju pokušaja suicida u odnosu na stupanj depresije dokazano je značajna (χ^2 test, p=0,004). (Tablica 29)

Tablica 29. Raspodjela ispitanika po tome imala je pokušaj suicida ili ne po stupnju depresije

Pokušaj suicida	Depresija				Ukupno	p*
	normalni raspon	blaga	umjerena	jaka		
da	3 (12)	15 (41,7)	10 (43,5)	8 (32)	36 (33)	
ne	19 (76)	13 (36,1)	11 (47,8)	7 (28)	50 (45,9)	0,004
Ukupno	25 (100)	36 (100)	23 (100)	25 (100)	109 (100)	

* χ^2 - test

Od ukupno 29 (100%) ispitanika koji primaju socijalnu pomoć samo 5 (17,2%) ispitanika ima po pitanju depresije normalan raspon. 11 (37,9%) ima blagu depresiju, 5 (17,2%) umjerenu a 8 (27,6%) ispitanika ima jaku depresiju. Razlika je statistički značajna (χ^2 test, p=0,033).

Ukoliko na tvrdnjama: pesimizam i suicidalne misli, ispitanici imaju zbroj bodova veći od 2 postoji suicidalni rizik. Prema tome imamo 12 (11,1%) ispitanika koji imaju suicidalni rizik. (Tablica 30)

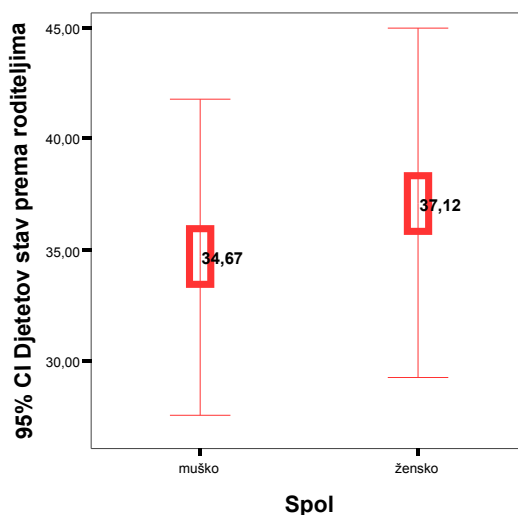
Tablica 30. Raspodjela ispitanika po suicidalnom riziku

Suicidalni rizik	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
ne	41 (91,1)	55 (87,3)	96 (88,9)	0,384
da	4 (8,9)	8 (12,7)	12 (11,1)	
Ukupno	45 (100)	63 (100)	108 (100)	

* χ^2 - test

4.2.4. Stav djeteta prema roditelju

Osnovne mjere sredine i raspršenja indeksa stava ispitanika prema roditeljima po spolu dana je Slikom 8. Razlika u stavu po spolu nije značajna (Mann Whitney test, $p=0,751$). Koeficijent pouzdanosti Cronbach alfa iznosi 0,76.



Slika 8. Indeks stava djeteta prema roditelju

Granica u tome ima li ili nema problema u stavu ispitanika prema roditelju je zbroj bodova manji ili veći od 30. Nema problema u stavu ispitanika prema roditeljima njih 41 (48,8%), dok 43 (51,2%) ispitanika po indeksu stava prema roditelju pokazuju da problemi postoje.

Osjećaj da im otac ide na živce dobar dio vremena ili cijelo vrijeme ima 19 (21,6%) ispitanika; dobro se slaže sa svojim ocem (ponekad, dobar dio vremena ili cijelo vrijeme) 66 (75%) ispitanika. Ocu ne vjeruje nikada ili malo vremena 27 (30,7%) ispitanika; da je otac prezahťjevan, da im se ne sviđa cijelo vrijeme, da ih previše ograničava, da ga prezire smatra 10 (11,4%) ispitanika; ponašanje oca sramoti (ponekad, dobar dio vremena ili cijelo vrijeme) 30 (34,4%) ispitanika; u ocu rijetko ili nikada uživa njih 24 (27,6%) ispitanika. Ne bi željelo imati drugačijeg oca 58 (66,7%) ispitanika, da im je otac divan mišljenja je 53 (60,8%) ispitanika. Raspodjela odgovora po spolu dana je Tablicom 31.

Tablica 31. Raspodjela ispitanika po stavu ispitanika prema roditeljima

Djetetov stav prema roditeljima	Grupe ispitanika		Ukupno N (%)	p*
	Muško N (%)	Žensko N (%)		
Moj otac mi ide na živce				
Rijetko ili nikada	22 (50)	17 (38,6)	39 (44,3)	0,153
Malo vremena	2 (4,5)	7 (15,9)	9 (10,2)	
Ponekad	13 (29,5)	8 (18,2)	21 (23,9)	
Dobar dio vremena	2 (4,5)	6 (13,6)	8 (9,1)	
Većinu ili cijelo vrijeme	5 (11,4)	6 (13,6)	11 (12,5)	
Dobro se slažem sa svojim ocem				
Rijetko ili nikada	6 (13,6)	9 (20,5)	15 (17)	0,323
Malo vremena	3 (6,8)	4 (9,1)	7 (8)	
Ponekad	9 (20,5)	6 (13,6)	15 (17)	
Dobar dio vremena	8 (18,2)	14 (31,8)	22 (25)	
Većinu ili cijelo vrijeme	18 (40,9)	11 (25)	29 (33)	
Osjećam da stvarno mogu vjerovati svome ocu				
Rijetko ili nikada	9 (20,5)	11 (25)	20 (22,7)	0,439
Malo vremena	3 (6,8)	4 (9,1)	7 (8)	
Ponekad	10 (22,7)	7 (15,9)	17 (19,3)	
Dobar dio vremena	5 (11,4)	10 (22,7)	15 (17)	
Većinu ili cijelo vrijeme	17 (38,6)	12 (27,3)	29 (33)	
Ne sviđa mi se moj otac				
Rijetko ili nikada	27 (61,4)	24 (54,5)	51 (58)	0,372
Malo vremena	2 (4,5)	6 (13,6)	8 (9,1)	
Ponekad	6 (13,6)	8 (18,2)	14 (15,9)	
Dobar dio vremena	2 (4,5)	3 (6,8)	5 (5,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	7 (15,9)	3 (6,8)	10 (11,4)	
Ponašanje mog oca me sramoti				
Rijetko ili nikada	27 (61,4)	22 (51,2)	49 (56,3)	0,581
Malo vremena	5 (11,4)	3 (7)	8 (9,2)	
Ponekad	3 (6,8)	7 (16,3)	10 (11,5)	
Dobar dio vremena	2 (4,5)	3 (7)	5 (5,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	7 (15,9)	8 (18,6)	15 (17,2)	
Moj otac je prezahťjevan				
Rijetko ili nikada	18 (41,9)	17 (38,6)	35 (40,2)	0,696
Malo vremena	10 (23,3)	6 (13,6)	16 (18,4)	
Ponekad	8 (18,6)	12 (27,3)	20 (23)	
Dobar dio vremena	3 (7)	3 (6,8)	6 (6,9)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (9,3)	6 (13,6)	10 (11,5)	
Želio bih imati drugačijeg oca				
Rijetko ili nikada	27 (62,8)	23 (52,3)	50 (57,5)	0,613
Malo vremena	2 (4,7)	6 (13,6)	8 (9,2)	
Ponekad	6 (14)	5 (11,4)	11 (12,6)	
Dobar dio vremena	2 (4,7)	3 (6,8)	5 (5,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	6 (14)	7 (15,9)	13 (14,9)	
Ja stvarno uživam u svom ocu				
Rijetko ili nikada	13 (30,2)	11 (25)	24 (27,6)	0,777
Malo vremena	58 (11,6)	3 (6,8)	8 (9,2)	
Ponekad	6 (14)	9 (20,5)	15 (17,2)	
Dobar dio vremena	8 (18,6)	11 (25)	19 (21,8)	
Većinu ili cijelo vrijeme	11 (25,6)	10 (22,7)	21 (24,1)	
Moj otac me previše ograničava				

Rijetko ili nikada	23 (53,5)	14 (31,8)	37 (42,5)	
Malo vremena	5 (11,6)	10 (22,7)	15 (17,2)	
Ponekad	8 (18,6)	9 (20,5)	17 (19,5)	0,286
Dobar dio vremena	3 (7)	6 (13,6)	9 (10,3)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (9,3)	5 (11,4)	9 (10,3)	
Moj otac se miješa u moje aktivnosti				
Rijetko ili nikada	28 (65,1)	20 (45,5)	48 (55,2)	
Malo vremena	2 (4,7)	8 (18,2)	10 (11,5)	
Ponekad	6 (14)	4 (9,1)	10 (11,5)	0,155
Dobar dio vremena	2 (4,7)	3 (6,8)	5 (5,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	5 (11,6)	9 (20,5)	14 (16,1)	
Ja prezirem svog oca				
Rijetko ili nikada	33 (76,7)	26 (59,1)	59 (67,8)	
Malo vremena	1 (2,3)	4 (9,1)	5 (5,7)	
Ponekad	3 (7)	5 (11,4)	8 (9,2)	0,445
Dobar dio vremena	2 (4,7)	3 (6,8)	5 (5,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (9,3)	6 (13,6)	10 (11,5)	
Ja mislim da je moj otac divan				
Rijetko ili nikada	10 (23,3)	13 (29,5)	23 (26,4)	
Malo vremena	7 (16,3)	4 (9,1)	11 (12,6)	
Ponekad	7 (16,3)	6 (13,6)	13 (14,9)	0,735
Dobar dio vremena	5 (11,6)	8 (18,2)	13 (14,9)	
Većinu ili cijelo vrijeme	14 (32,6)	13 (29,5)	27 (31)	
Ja mrzim svog oca				
Rijetko ili nikada	33 (76,7)	25 (56,8)	58 (66,7)	
Malo vremena	3 (7)	4 (9,1)	7 (8)	
Ponekad	0 (0)	6 (13,6)	6 (6,9)	0,112
Dobar dio vremena	3 (7)	4 (9,1)	7 (8)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (9,3)	5 (11,4)	9 (10,3)	
Moj otac je vrlo strpljiv sa mnom				
Rijetko ili nikada	10 (23,3)	7 (16,3)	17 (19,8)	
Malo vremena	6 (14)	7 (16,3)	13 (15,1)	
Ponekad	5 (11,6)	5 (11,6)	10 (11,6)	0,945
Dobar dio vremena	9 (20,9)	9 (20,9)	18 (20,9)	
Većinu ili cijelo vrijeme	13 (30,2)	15 (34,9)	28 (32,6)	
Ja stvarno volim svog oca				
Rijetko ili nikada	7 (16,3)	7 (16,3)	14 (16,3)	
Malo vremena	1 (2,3)	2 (4,7)	3 (3,5)	
Ponekad	6 (14)	6 (14)	12 (14)	0,986
Dobar dio vremena	6 (14)	6 (14)	12 (14)	
Većinu ili cijelo vrijeme	23 (53,5)	22 (51,2)	45 (52,3)	
Ja volim biti sa svojim ocem				
Rijetko ili nikada	10 (23,3)	5 (11,6)	15 (17,4)	
Malo vremena	2 (4,7)	5 (11,6)	7 (8,1)	
Ponekad	7 (16,3)	9 (20,9)	16 (18,6)	0,411
Dobar dio vremena	9 (20,9)	12 (27,9)	21 (24,4)	
Većinu ili cijelo vrijeme	15 (34,9)	12 (27,9)	27 (31,4)	
Ja se osjećam kao da ne volim svog oca				
Rijetko ili nikada	29 (69)	23 (54,8)	52 (61,9)	
Malo vremena	4 (9,5)	3 (7,1)	7 (8,3)	
Ponekad	3 (7,1)	8 (19)	11 (13,1)	0,382
Dobar dio vremena	0 (0)	1 (2,4)	1 (1,2)	
Većinu ili cijelo vrijeme	6 (14,3)	7 (16,7)	13 (15,5)	
Moj otac je vrlo iritantan				

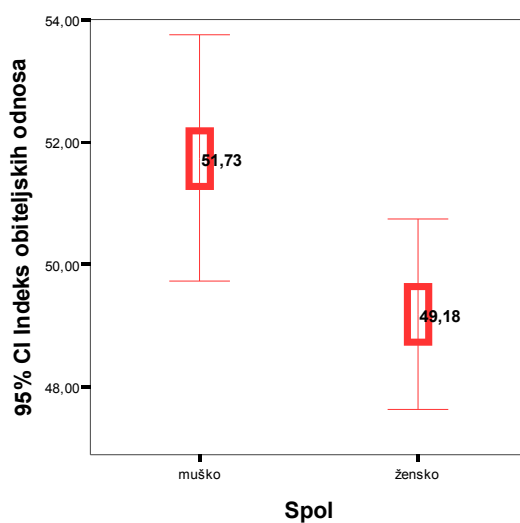
Rijetko ili nikada	23 (54,8)	22 (52,4)	45 (53,6)	
Malo vremena	5 (11,9)	1 (2,4)	6 (7,1)	
Ponekad	3 (7,1)	9 (21,4)	12 (14,3)	0,141
Dobar dio vremena	4 (9,5)	6 (14,3)	10 (11,9)	
Većinu ili cijelo vrijeme	7 (16,7)	4 (9,5)	11 (13,1)	
Osjećam se vrlo ljutito u odnosu na svog oca				
Rijetko ili nikada	22 (52,4)	22 (52,4)	44 (52,4)	
Malo vremena	6 (14,3)	5 (11,9)	11 (13,1)	
Ponekad	6 (14,3)	6 (14,3)	12 (14,3)	0,959
Dobar dio vremena	4 (9,5)	3 (7,1)	7 (8,3)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (9,5)	6 (14,3)	10 (11,9)	
Osjećam se nasilno u odnosu na svog oca				
Rijetko ili nikada	30 (71,4)	31 (73,8)	61 (72,6)	
Malo vremena	3 (7,1)	4 (9,5)	7 (8,3)	
Ponekad	3 (7,1)	4 (9,5)	7 (8,3)	0,509
Dobar dio vremena	0 (0)	1 (2,4)	1 (1,2)	
Većinu ili cijelo vrijeme	6 (14,3)	2 (4,8)	8 (9,5)	
Osjećam se ponosno u odnosu na svog oca				
Rijetko ili nikada	12 (27,9)	9 (21,4)	21 (24,7)	
Malo vremena	4 (9,3)	5 (11,9)	9 (10,6)	
Ponekad	4 (9,3)	5 (11,9)	9 (10,6)	0,655
Dobar dio vremena	4 (9,3)	8 (19)	12 (14,1)	
Većinu ili cijelo vrijeme	19 (44,2)	15 (35,7)	34 (40)	
Ja bih želio da je moj otac više kao drugi koje poznajem				
Rijetko ili nikada	21 (48,8)	19 (44,2)	40 (46,5)	
Malo vremena	36 (14)	3 (7)	9 (10,5)	
Ponekad	4 (9,3)	8 (18,6)	12 (14)	0,631
Dobar dio vremena	3 (7)	4 (9,3)	7 (8,1)	
Većinu ili cijelo vrijeme	9 (20,9)	9 (20,9)	18 (20,9)	
Moj otac me ne razumije				
Rijetko ili nikada	17 (39,5)	15 (35,7)	32 (37,6)	
Malo vremena	2 (4,7)	3 (7,1)	5 (5,9)	
Ponekad	12 (27,9)	7 (16,7)	19 (22,4)	0,588
Dobar dio vremena	4 (9,3)	4 (9,5)	8 (9,4)	
Većinu ili cijelo vrijeme	8 (18,6)	13 (31)	21 (24,7)	
Ja stvarno mogu ovisiti o svom ocu				
Rijetko ili nikada	14 (32,6)	10 (23,3)	24 (27,9)	
Malo vremena	7 (16,3)	5 (11,6)	12 (14)	
Ponekad	9 (20,9)	8 (18,6)	17 (19,8)	0,476
Dobar dio vremena	3 (7)	8 (18,6)	11 (12,8)	
Većinu ili cijelo vrijeme	10 (23,3)	12 (27,9)	22 (25,6)	
Sramim se svog oca				
Rijetko ili nikada	35 (81,4)	28 (65,1)	63 (73,3)	
Malo vremena	3 (7)	1 (2,3)	4 (4,7)	
Ponekad	1 (2,3)	8 (18,6)	9 (10,5)	0,102
Dobar dio vremena	1 (2,3)	1 (2,3)	2 (2,3)	
Većinu ili cijelo vrijeme	3 (7)	5 (11,6)	8 (9,3)	
Ukupno	43 (100)	43 (100)	86 (100)	

* χ^2 test

4.2.5. Obiteljski odnosi

Hudsonov indeks obiteljskih odnosa bio je upotrebljen u svrhu prikupljanja podataka o obiteljskim odnosima prema procjeni djeteta.

Osnovne mjere sredine i raspršenja indeksa stava obiteljskih odnosa po spolu dana je Slikom 9. Razlika u stavu po spolu je značajna (Mann Whitney test, $p=0,041$).



Slika 9. Raspodjela ispitanika prema indeksu obiteljskih odnosa

Granica u tome ima li ili nema problema u stavu ispitanika prema obiteljskim odnosima je zbroj bodova manji ili veći od 30. Sve obitelji pripadaju grupi iznad 30. Prosječni indeks obiteljskog funkcioniranja od 50,25 ($\pm 6,45$) ukazuje nam da su ovdje sve „nezdrave“ obitelji, tj. one kojima treba klinička pomoć.

Raspodjela odgovora po spolu dana je Tablicom 32.

Tablica 32. Raspodjela odgovora indeksa obiteljskih odnosa po spolu

Obiteljski odnosi	Grupe ispitanika		Ukupno N (%)	p*
	Muško N (%)	Žensko N (%)		
Članovi moje obitelji stvarno brinu jedni o drugima				
Rijetko ili nikada	4 (8,9)	9 (14,3)	13 (12)	0,836
Malo vremena	3 (6,7)	6 (9,5)	9 (8,3)	
Ponekad	4 (8,9)	7 (11,1)	11 (10,2)	
Dobar dio vremena	12 (26,7)	15 (23,8)	27 (25)	
Većinu ili cijelo vrijeme	22 (48,9)	26 (41,3)	48 (44,4)	
Ja mislim da je moja obitelj divna				
Rijetko ili nikada	4 (8,9)	10 (15,9)	14 (13)	0,307
Malo vremena	8 (17,8)	6 (9,5)	14 (13)	
Ponekad	10 (22,2)	21 (33,3)	31 (28,7)	
Dobar dio vremena	7 (15,6)	11 (17,5)	18 (16,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	16 (35,6)	15 (23,6)	31 (28,7)	
Moja obitelj me žvcira				
Rijetko ili nikada	15 (33,3)	16 (25,4)	31 (28,7)	0,884
Malo vremena	6 (13,3)	9 (14,3)	15 (13,9)	
Ponekad	15 (33,3)	24 (38,1)	39 (36,1)	
Dobar dio vremena	4 (8,9)	8 (12,7)	12 (11,1)	
Većinu ili cijelo vrijeme	5 (11,1)	6 (9,5)	11 (10,2)	
Ja stvarno uživam u svojoj obitelji				
Rijetko ili nikada	5 (11,1)	12 (19)	17 (15,7)	0,147
Malo vremena	9 (20)	7 (11,1)	16 (14,8)	
Ponekad	8 (17,8)	18 (28,6)	26 (24,1)	
Dobar dio vremena	9 (20)	16 (25,4)	25 (23,1)	
Većinu ili cijelo vrijeme	14 (31,1)	10 (15,9)	24 (22,2)	
Ja se stvarno mogu pouzdati u svoju obitelj				
Rijetko ili nikada	5 (11,1)	14 (22,2)	19 (17,6)	0,041
Malo vremena	6 (13,3)	3 (4,8)	9 (8,3)	
Ponekad	9 (20)	20 (31,7)	29 (26,9)	
Dobar dio vremena	4 (8,9)	10 (15,9)	14 (13)	
Većinu ili cijelo vrijeme	21 (46,7)	16 (25,4)	37 (34,3)	
Nije mi stalo da budem u blizini svoje obitelji				
Rijetko ili nikada	22 (48,9)	30 (47,6)	52 (48,1)	0,736
Malo vremena	4 (8,9)	7 (11,1)	11 (10,2)	
Ponekad	10 (22,2)	18 (28,6)	28 (25,9)	
Dobar dio vremena	4 (8,9)	5 (7,9)	9 (8,3)	
Većinu ili cijelo vrijeme	5 (11,1)	3 (4,8)	8 (7,4)	
Ja bih želio da nisam dio ove obitelji				
Rijetko ili nikada	23 (51)	30 (47,6)	53 (49,1)	0,780
Malo vremena	5 (11,1)	7 (11,1)	12 (11,1)	
Ponekad	7 (15,6)	14 (22,2)	21 (19,4)	
Dobar dio vremena	4 (8,9)	7 (11,1)	11 (10,2)	
Većinu ili cijelo vrijeme	6 (13,3)	5 (7,9)	11 (10,2)	
Dobro se slažem sa svojom obitelji				
Rijetko ili nikada	5 (11,1)	13 (20,6)	18 (16,7)	0,566
Malo vremena	8 (17,8)	11 (17,5)	19 (17,6)	
Ponekad	12 (26,7)	13 (20,6)	25 (23,1)	
Dobar dio vremena	7 (15,6)	13 (20,6)	20 (18,5)	
Većinu ili cijelo vrijeme	13 (28,9)	13 (20,6)	26 (24,1)	
Članovi moje obitelji se previše svađaju				

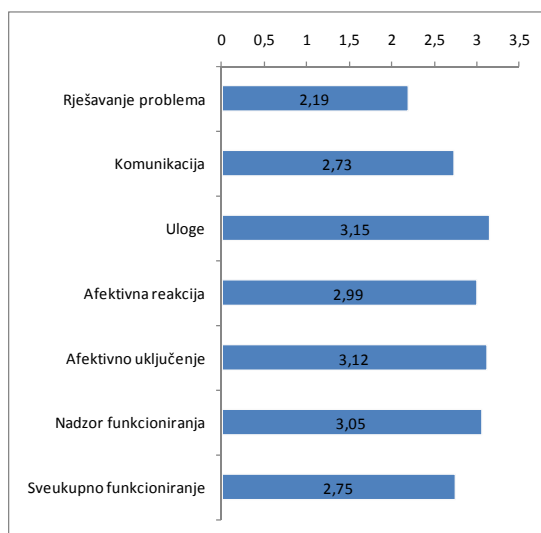
Rijetko ili nikada	14 (31,1)	16 (25,4)	30 (27,8)	
Malo vremena	13 (28,9)	11 (17,5)	24 (22,2)	
Ponekad	10 (22,2)	20 (31,7)	30 (27,8)	0,389
Dobar dio vremena	4 (8,9)	11 (17,5)	15 (13,9)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (8,9)	5 (7,9)	9 (8,3)	
Nemam osjećaj bliskosti u mojoj obitelji				
Rijetko ili nikada	23 (51,1)	23 (36,5)	46 (42,6)	
Malo vremena	8 (17,8)	10 (15,9)	18 (16,7)	
Ponekad	7 (15,6)	18 (28,6)	25 (23,1)	0,125
Dobar dio vremena	2 (4,4)	9 (14,3)	11 (10,2)	
Većinu ili cijelo vrijeme	5 (11,1)	3 (4,8)	8 (7,4)	
Osjećam se kao stranac u mojoj obitelji				
Rijetko ili nikada	24 (53,3)	26 (41,3)	50 (46,3)	
Malo vremena	2 (4,4)	9 (14,3)	11 (10,2)	
Ponekad	11 (24,4)	14 (22,2)	25 (23,1)	0,444
Dobar dio vremena	4 (8,9)	6 (9,5)	10 (9,3)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (8,9)	8 (12,7)	12 (11,1)	
Moja obitelj me ne razumije				
Rijetko ili nikada	18 (40)	18 (28,6)	36 (33,3)	
Malo vremena	4 (8,9)	10 (15,9)	14 (13)	
Ponekad	8 (17,8)	14 (22,2)	22 (20,4)	0,665
Dobar dio vremena	8 (17,8)	10 (15,9)	18 (16,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	7 (15,6)	11 (17,5)	18 (16,7)	
Previše je mržnje u mojoj obitelji				
Rijetko ili nikada	30 (66,7)	34 (54)	64 (59,3)	
Malo vremena	2 (4,4)	9 (14,3)	11 (10,2)	
Ponekad	3 (6,7)	10 (15,9)	13 (12)	0,112
Dobar dio vremena	3 (6,7)	6 (9,5)	9 (8,3)	
Većinu ili cijelo vrijeme	7 (15,6)	4 (6,3)	11 (10,2)	
Članovi moje obitelji su stvarno dobri jedni prema drugima				
Rijetko ili nikada	2 (4,4)	8 (12,7)	10 (9,3)	
Malo vremena	6 (13,3)	9 (14,3)	15 (13,9)	
Ponekad	14 (31,1)	15 (23,8)	29 (26,9)	0,327
Dobar dio vremena	8 (17,8)	17 (27)	25 (23,1)	
Većinu ili cijelo vrijeme	15 (33,3)	14 (22,2)	29 (26,9)	
Moja obitelj je poštovana od onih koji nas poznaju				
Rijetko ili nikada	4 (8,9)	5 (7,9)	9 (8,3)	
Malo vremena	4 (8,9)	2 (3,2)	6 (5,6)	
Ponekad	6 (13,3)	13 (20,6)	19 (17,6)	0,664
Dobar dio vremena	15 (33,3)	20 (31,7)	35 (32,4)	
Većinu ili cijelo vrijeme	16 (35,6)	23 (36,5)	39 (36,1)	
Čini se da ima dosta teškoća u mojoj obitelji				
Rijetko ili nikada	14 (31,1)	13 (20,6)	27 (25)	
Malo vremena	11 (24,4)	13 (20,6)	24 (22,2)	
Ponekad	12 (26,7)	15 (23,8)	27 (25)	0,250
Dobar dio vremena	2 (4,4)	11 (17,5)	13 (12)	
Većinu ili cijelo vrijeme	6 (13,3)	11 (17,5)	17 (15,7)	
Postoji mnogo ljubavi u mojoj obitelji				
Rijetko ili nikada	2 (4,4)	7 (11,1)	9 (8,3)	
Malo vremena	7 (15,6)	6 (9,5)	13 (12)	
Ponekad	13 (28,9)	18 (28,6)	31 (28,7)	0,486
Dobar dio vremena	6 (13,3)	13 (20,6)	19 (17,6)	
Većinu ili cijelo vrijeme	17 (37,8)	19 (30,2)	36 (33,3)	
Članovi moje obitelji se dobro slažu međusobno				

Rijetko ili nikada	3 (6,7)	7 (11,1)	10 (9,3)	
Malo vremena	2 (4,4)	11 (17,5)	13 (12)	
Ponekad	16 (35,6)	14 (22,2)	30 (27,8)	0,137
Dobar dio vremena	10 (22,2)	17 (27)	27 (25)	
Većinu ili cijelo vrijeme	14 (31,1)	14 (22,2)	28 (25,9)	
Život u mojoj obitelji je u cijelosti neugodan				
Rijetko ili nikada	24 (53,3)	30 (47,6)	54 (50)	
Malo vremena	4 (8,9)	10 (15,9)	14 (13)	
Ponekad	10 (22,2)	14 (22,2)	24 (22,2)	0,395
Dobar dio vremena	1 (2,2)	5 (7,9)	6 (5,6)	
Većinu ili cijelo vrijeme	6 (13,3)	4 (6,3)	10 (9,3)	
Moja obitelj je veliki užitek za mene				
Rijetko ili nikada	6 (13,3)	11 (17,5)	17 (15,7)	
Malo vremena	4 (8,9)	9 (14,3)	13 (12)	
Ponekad	15 (33,3)	20 (31,7)	35 (32,4)	0,698
Dobar dio vremena	6 (13,3)	10 (15,9)	16 (14,8)	
Većinu ili cijelo vrijeme	14 (31,1)	13 (20,6)	27 (25,8)	
Osjećam se ponosno na svoju obitelj				
Rijetko ili nikada	4 (8,9)	11 (17,5)	15 (13,9)	
Malo vremena	8 (17,8)	6 (9,5)	14 (13)	
Ponekad	10 (22,2)	20 (31,7)	30 (27,8)	0,381
Dobar dio vremena	8 (17,8)	9 (14,3)	17 (15,7)	
Većinu ili cijelo vrijeme	15 (33,3)	17 (27)	32 (29,6)	
Čini se da se druge obitelji bolje slažu od naše				
Rijetko ili nikada	10 (22,2)	12 (19,4)	22 (20,6)	
Malo vremena	7 (15,6)	7 (11,3)	14 (13,1)	
Ponekad	12 (26,7)	16 (25,8)	28 (26,2)	0,905
Dobar dio vremena	11 (24,4)	17 (27,4)	28 (26,2)	
Većinu ili cijelo vrijeme	5 (11,1)	10 (16,1)	15 (14)	
Moja je obitelj stvaran izvor udobnosti za mene				
Rijetko ili nikada	6 (13,3)	12 (19,4)	18 (16,8)	
Malo vremena	5 (11,1)	7 (11,3)	12 (11,2)	
Ponekad	14 (31,1)	18 (29)	32 (29,9)	0,139
Dobar dio vremena	7 (15,6)	18 (29)	25 (23,4)	
Većinu ili cijelo vrijeme	13 (28,9)	7 (11,3)	20 (18,7)	
Osjećam se izostavljen od svoje obitelji				
Rijetko ili nikada	22 (48,9)	25 (40,3)	47 (43,9)	
Malo vremena	4 (8,9)	9 (15,4)	13 (12,1)	
Ponekad	8 (17,8)	14 (22,6)	22 (20,6)	0,835
Dobar dio vremena	3 (6,7)	4 (6,5)	7 (6,5)	
Većinu ili cijelo vrijeme	8 (17,8)	10 (16,1)	18 (16,8)	
Moja obitelj je nesretna				
Rijetko ili nikada	27 (60)	28 (45,2)	55 (51,4)	
Malo vremena	4 (8,9)	11 (17,7)	15 (14)	
Ponekad	9 (20)	11 (17,7)	20 (18,7)	0,172
Dobar dio vremena	1 (2,2)	8 (12,9)	9 (8,4)	
Većinu ili cijelo vrijeme	4 (8,9)	4 (6,5)	8 (7,5)	
<i>Ukupno</i>	45 (100)	63 (100)	108 (100)	

* χ^2 - test

4.2.6. Upitnik procjene obitelji (FAD)

Ovaj upitnik popunjavaju roditelji adolescenata, a dizajniran je za mjerenje obiteljskog funkcioniranja u posljednja dva mjeseca prema procjeni oba roditelja. Sastoji se od sedam ljestvica od kojih po jedna mjeri opće obiteljsko funkcioniranje: rješavanje problema, komunikaciju, uloge, afektivnu uključenost te kontrolu ponašanja. (Slika 10)



Slika 10. Srednje vrijednosti FAD skale po ljestvicama

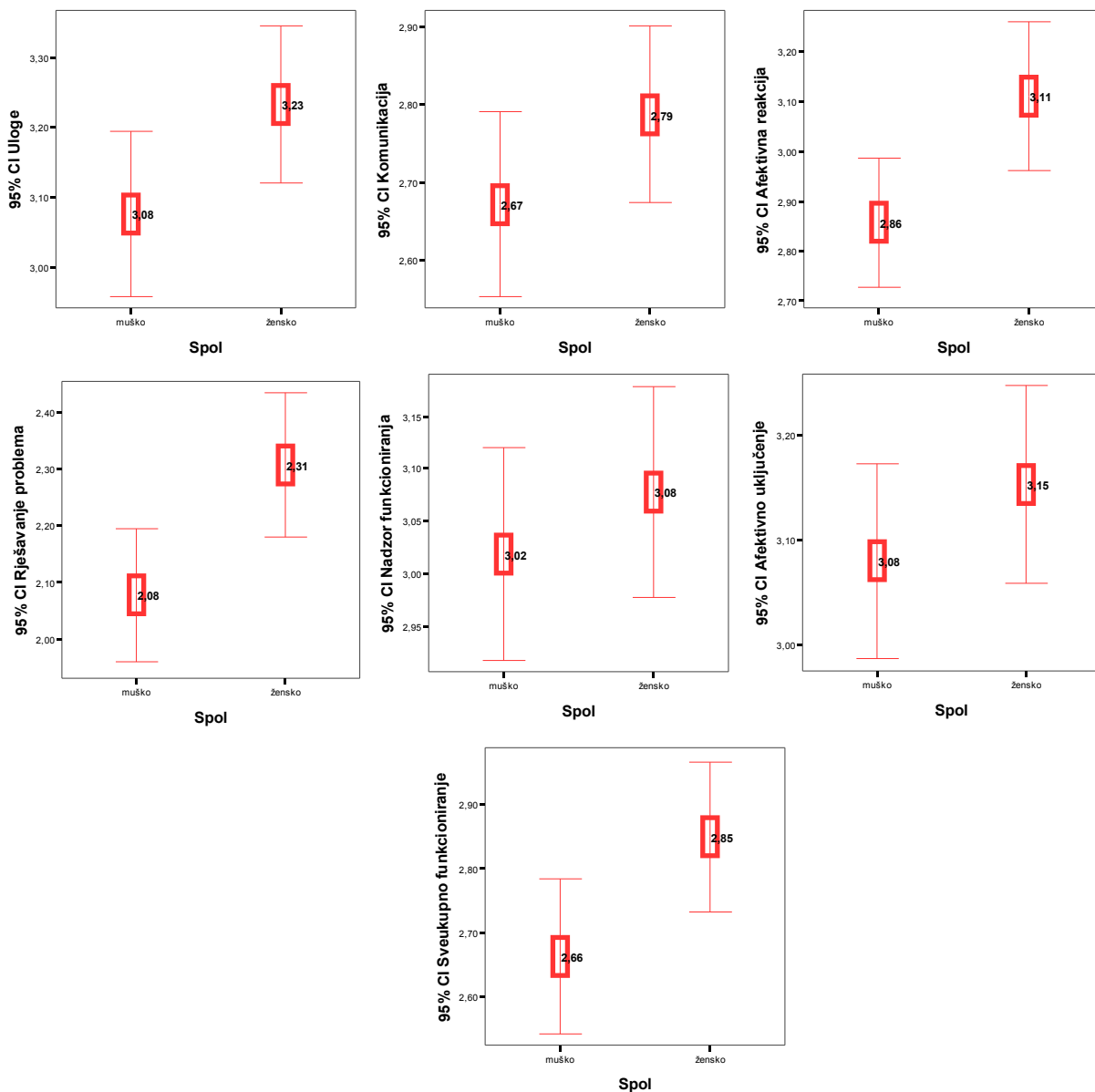
Usporedba skale po spolu dokazala je statistički značajnu razliku kod rješavanja problema (Mann Whitney, $p=0,008$), afektivne reakcije (Mann Whitney, $p=0,030$) te u sveukupnom funkcioniranju (Mann Whitney, $p=0,023$). (Tablica 33) (Slika 11) Koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach alfa je za FAD skalu izvrstan i iznosi 0,93.

Tablica 33. Srednje vrijednosti i koeficijent pouzdanosti čestica FAD skale po spolu

	MUŠKARCI		ŽENE		p [†]	α [‡]
	N	Srednja vrijednost (STD*)	N	Srednja vrijednost (STD*)		
Rješavanje problema	43	2,08 (0,38)	44	2,31 (0,42)	0,008	0,93
Komunikacija	43	2,67 (0,39)	45	2,79 (0,38)	0,196	0,91
Uloge	43	3,08 (0,39)	43	3,23 (0,36)	0,071	0,92
Afektivna reakcija	43	2,86 (0,42)	45	3,11 (0,5)	0,030	0,92
Afektivno uključenje	43	3,08 (0,3)	44	3,15 (0,31)	0,317	0,93
Nadzor funkcioniranja	43	3,02 (0,33)	43	3,08 (0,33)	0,473	0,92
Sveukupno funkcioniranje	43	2,66 (0,39)	42	2,85 (0,37)	0,023	0,91

*Standardna devijacija; [†]Mann Whitney test; [‡]Cronbach alfa

S obzirom na odgovore roditelja ispitanici su iz 4 (4,7%) zdrave obitelji i 81 (95,3%) bolesne obitelji.



Slika 11. Srednje vrijednosti i interval pouzdanosti FAD indeksa (obiteljsko funkcioniranje)

Dokazana je ovisnost rješavanja problema (Kruskal Wallis test, $p=0,013$), komunikacije (Kruskal Wallis test, $p=0,013$) te nadzora funkcioniranja (Kruskal Wallis test, $p=0,022$) u odnosu na zdravstveno stanje majke (zdrava, kronične fizičke bolesti, psihičke bolesti, psihičke i fizičke bolesti te smrt majke).

4.2.7. YSR (Youth Self Report) Skala samoprocjenjivanja

Skala samoprocjene ponašanja djece je standardizirani mjerni instrument za procjenu problema djece i mladih.

Ponašanje se procjenjuje na 112 pitanja koje čine 8 sindromnih skala: povučенost, somatizirajući problemi, anksioznost/depresivnost, socijalni problemi i problemi pažnje i mišljenja, delikventno i agresivno ponašanje.

Ispitanici procjenjuju svoje ponašanje na skali Likertovog tipa od 3 stupnja. Viši rezultati podrazumijevaju veću zastupljenost problemnih ponašanja.

Skale povučенosti, anksioznost/depresivnost i somatizirajući problemi čine internalizirajući poremećaj, pod kojim se smatraju psihološke teškoće usmjerene na pojedinca i pretjerano kontrolirajuća ponašanja.

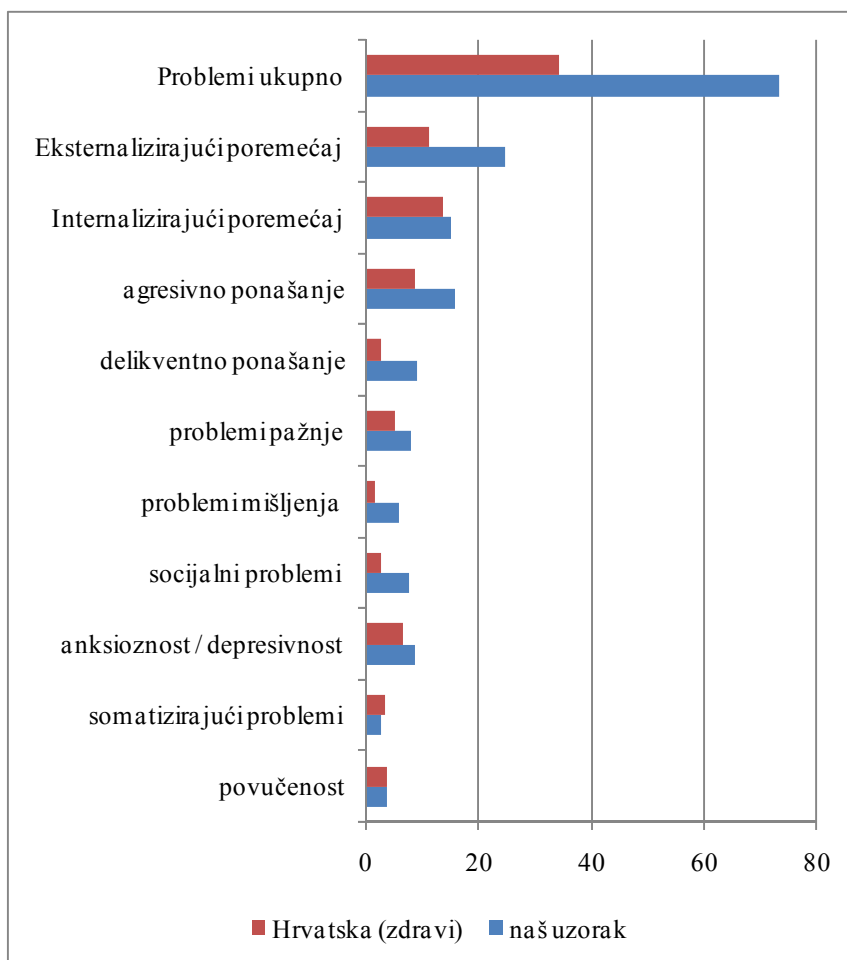
Skala agresivnosti i kršenja pravila (delikventno ponašanje) se odnosi na eksternalizirane probleme. Na ukupnom uzorku vidljivo su veće vrijednosti anksioznosti i depresivnosti, s koeficijentom pouzdanosti Cronbach alfa $\alpha = 0,82$ te delikventnog ($\alpha = 0,83$) i agresivnog ponašanja ($\alpha = 0,82$). (Tablica 37)

Tablica 37. Osnovne mjere sredine i raspršenja YSR skale i koeficijent pouzdanosti

YSR skala	Srednja vrijednost (STD*)	α^\dagger
povučenost	3,83 (1,6)	0,83
somatizirajući problemi	2,5 (1,2)	0,84
anksioznost / depresivnost	8,67 (5,0)	0,82
socijalni problemi	7,5 (4,4)	0,83
problemi mišljenja	6 (4,0)	0,83
problemi pažnje	7,83 (3,1)	0,83
delikventno ponašanje	9,17 (5,1)	0,83
agresivno ponašanje	15,67 (4,9)	0,82
Internalizirajući poremećaj	15 (8,9)	0,80
Eksternalizirajući poremećaj	24,83(9,3)	0,81
Problemi ukupno	73,5 (29,1)	0,87

*Standardna devijacija; † Cronbach alfa

Koeficijent pouzdanosti za sve subskale je zadovoljavajući, a za ukupnu skalu iznosi 0,87. Uspoređujući srednje vrijednosti sa srednjim vrijednostima pojedinih čestica na uzorku od 3309 zdravih ispitanika iste dobi iz raznih dijelova Hrvatske, očito je da su sve čestice viših vrijednosti osim somatizirajućih problema. (Slika 12)



Slika 12. Usporedba vrijednosti YSR

Dokazana je značajna razlika između psihičke bolesti majke i slijedećih čestica: socijalni problemi (Mann Whitney, $p=0,035$), problemi pažnje (Mann Whitney, $p=0,007$), delikventno ponašanje (Mann Whitney, $p=0,001$), agresivno ponašanje (Mann Whitney, $p=0,003$).

Značajnu razliku u vrijednosti eksternalizirajućih problema daje psihičko stanje majke (Mann Whitney, $p=0,001$) te ukupni problemi (Mann Whitney, $p=0,013$).

Obiteljsko nasilje u obitelji utiče na probleme pažnje (Mann Whitney, $p=0,031$),

4.3. POVEZANOST PARAMETARA

Na osnovi dijagnoze podijeliti smo ispitanike na one koji imaju problema s prehranom (anorexia, bulimia), na one koji imaju suicidalna razmišljanja ili su pokušali suicid, na one koji su imali samootrovanje alkoholom i lijekovima ili su ovisni o njima te na skupinu onih koji se samoozljeđuju oštrim predmetom.

Najviše je onih, njih 58 (59,8%) s pokušajem suicida ili razmišljanjem o suicidu. Podjednak je broj onih koji su imali samootrovanje alkoholom ili lijekovima, njih 19 (19,6%) ili su se samoozljeđivali oštrim predmetima 15 (15,5%). Značajne razlike po spolu nema. (Tablica 34)

Tablica 34. Raspodjela ispitanika po vrsti poremećaja i po spolu

Vrsta poremećaja	Spol		Ukupno	p*
	muško N (%)	žensko N (%)		
ishrana	1 (2,4)	4 (7,1)	5 (5,2)	
suicidalna razmišljanja ili pokušaji	25 (61)	33 (58,9)	58 (59,8)	
alkohol i lijekovi	12 (29,3)	7 (12,5)	19 (19,6)	0,058
samoozljeđivanje oštrim predmetima	3 (7,3)	12 (21,4)	15 (15,5)	
Ukupno	41 (100)	56 (100)	97 (100)	

* χ^2 - test

Od ukupnog broja onih koji imaju poremećaj u ishrani, najveći ih je broj iz kasnije faze adolescencije (16 – 18 godina starosti) kod, isti kao i samootrovanje lijekovima ili alkoholom. Suicidalna razmišljanja ili pokušaji izrazitiji su u dobi srednje faze adolescencije (14 – 16 godina starosti) dok se samoozljeđuje oštrim predmetima najveći broj ispitanika rane faze adolescencije (12 – 13 godina starosti). (Tablica 35) Razlika u raspodjeli ispitanika po dobnim skupinama je značajna (χ^2 test, p=0,016).

Tablica 35. Raspodjela ispitanika po vrsti poremećaja i dobnim skupinama

Vrsta poremećaja	Dobne skupine - adolescencija			Ukupno	p*
	rana (12-13)	srednja (14-15)	kasna (16-18)		
	N (%)	N (%)	N(%)		
ishrana	0	0	5 (9,3)	5 (5,2)	
suicidalna razmišljanja ili pokušaji	4 (40)	21 (63,6)	33 (61,1)	58 (59,8)	
alkohol i lijekovi	1 (10)	6 (18,2)	12 (22,2)	19 (19,6)	0,016
samoozljeđivanje oštrim predmetima	5 (50)	6 (18,2)	4 (7,4)	15 (15,5)	
Ukupno	10 (100)	33 (100)	54 (100)	97 (100)	

* χ^2 – test

Autodestruktivno ponašanje smo uspoređivali s socioekonomskim odnosima i odnosima unutar obitelji (stručna sprema roditelja, radni status roditelja, broj djece u obitelji, prihodi, primanje socijalne pomoći.

Kod uspoređivanja autodestruktivnog ponašanja adolescenata u odnosu na stručnu spremu roditelja, dokazano je značajno više ispitanika po svim vrstama poremećaja kod srednje stručne sprema oca, poremećaj ishrane kod 3 (60%), pokušaj suicidalnosti i razmišljanje o suicidalnosti kod 39 (67,2%), samootrovanje alkoholom i lijekovima kod 15 (78,9%) te samoozljeđivanje oštrim predmetima kod 10 (66,7%) ispitanika.

U odnosu na uspjeh u školi, poremećaji su najčešći kod dobrog uspjeha.

Od 58 (100%) ispitanika koji razmišljaju o suicidalnom pokušaju ili su već pokušali suicid, njih 23 (39,7%) je iz obitelji koja prima socijalnu pomoć. (Tablica 36)

Tablica 36. Raspodjela ispitanika po vrstama poremećaja i socioekonomskim odnosima

Parametri	Poremećaji				Ukupno	p*
	ishrana N(%)	suicidalnost N(%)	alkohol i lijekovi N(%)	samoozljeđivanje N(%)		
STRUČNA SPREMA OCA						
osnovna škola	1 (20)	16 (27,6)	1 (5,3)	1 (6,7)	19 (19,6)	0,040
srednja škola	3 (60)	39 (67,2)	15 (78,9)	10 (66,7)	67 (69,1)	
viša škola	0	2 (3,4)	2 (10,5)	3 (20)	7 (7,2)	
visoka škola	1 (20)	1 (1,7)	0	1 (6,7)	3 (3,1)	
bez škole	0	0	1 (6,7)	0	1 (1)	
USPJEH U ŠKOLI						
nedovoljan	3 (60)	5 (8,6)	0	0	8 (8,2)	0,007
dovoljan	1 (20)	18 (31)	4 (21,1)	4 (26,7)	27 (27,8)	
dobar	1 (20)	23 (39,7)	8 (42,1)	4 (26,7)	36 (37,1)	
vrlo dobar	0	1 (1,7)	0	0	1 (1)	
odličan	0	11 (19)	7 (36,8)	7 (46,7)	25 (25,8)	
OBITELJ PRIMA SOCIJALNU POMOĆ						
da	0	23 (39,7)	2 (10,5)	3 (20)	28 (28,9)	0,029
ne	5(100)	35 (60,3)	17 (89,5)	12 (80)	69 (71,1)	
DODATNO SAMOOZLJEĐIVANJE						
da	0	17 (29,3)	3 (15,8)	11 (73,3)	31 (32)	0,005
ne	4 (80)	31 (53,4)	10 (52,6)	2 (13,3)	47 (48,5)	
ponekad	1 (20)	10 (17,2)	6 (31,6)	2 (13,3)	19 (19,6)	
Ukupno	5 (100)	58 (100)	19 (100)	15 (100)	97 (100)	

* χ^2 – test

5. RASPRAVA

5.1. SOCIODEMOGRAFSKI ČIMBENICI

5.1.1. DOB

U našem smo istraživanju pokušali istražiti u kojoj se dobi odnosno fazi adolescencije najčešće javlja autodestruktivno ponašanje kod adolescenata.

Samoozljeđivanje se prema većem broju provedenih istraživanja javlja najčešće u dobi između 14 i 24 godine (51,52). Prosječna dob je prema istraživanju Lea i suradnika bila 15.4 godine, a načini autodestruktivnog ponašanja su bili sljedeći: rezanje oštrim predmetima, predoziranje lijekovima, snifanje ili inhaliranje ljepila, konzumiranje psihotropnih tvari, pokušaji samoubojstva vješanjem i sl. (34).

Od anoreksije nervoze češće obolijevaju adolescentice u ranoj fazi adolescencije, dok se bulimija nervoza javlja podjednako i u u srednjoj i kasnoj fazi adolescencije (53).

Srednja faza adolescencija je razdoblje u kojoj je glavna preokupacija potreba adolescenta da se osjeća čvrsto ukorijenjenim među vršnjacima, u školi i specifičnim društvenim okruženjima. Postoji jasan odmak od obiteljskog doma prema vršnjacima. Nastaju novi odnosi s roditeljima, ali i sa ljudima izvan obitelji, do stupnja koji može ozlovoljiti roditelje i koji često sve teže podnose adolescentovu zaokupljenost sobom i njegovim društvenim angažmanom. Mrzovolja je također karakteristična za adolescente srednje faze koji tragaju za odraslima koji nisu njihovi roditelji. U ovoj fazi se mnogi zaljubljuju, odlaze na prve spojeve, općenito su samosvjesniji i sposobniji, neovisniji od primarne obitelji (54,55).

U našem istraživanju sudjelovalo je ukupno 109 ispitanika od čega je 42,2% ispitanika bilo muškog spola i po dobi odgovaraju srednjoj fazi adolescencije (15,39), a 57,8% su bile ispitanice ženskog spola i također po dobi pripadaju u srednju fazu adolescencije (15,87). Nema statistički značajne razlike po dobi.

Rezultati se uklapaju u provedena istraživanja u svijetu unatrag nekoliko godina.

5.1.2. SPOL

U našem smo istraživanju pokušali istražiti kolika je učestalost autodestruktivnih oblika ponašanja u adolescenata a s obzirom na spol.

Brojna istraživanja potvrđuju porast učestalosti autodestruktivnog oblika ponašanja kod adolescenata zadnjih desetak godina u svim zemljama zapadne Evrope (34).

Adolescentice imaju prema nekim istraživanjima u svijetu 3 do 7 puta višu stopu ponavljanih epizoda autodestruktivnog ponašanja u odnosu na adolescente.

Postoji pozitivna korelacija između autodestruktivnih oblika ponašanja iz ranije anamneze i širokog spektra psihijatrijskih simptoma u kasnijoj dobi kao što su: nisko samopoštovanje, zlouporaba droga (naročito kod adolescentica), depresije, anksioznih poremećaja i impulzivnog ponašanja. Često se autodestruktivno ponašanje kod adolescenata javlja kao mehanizam kojim pokušavaju regulirati određene emocionalne poteškoće (smanjuju napetost ili ublažavaju disforične osjećaje), a mogu biti i znatno ozbiljniji kao čin samokažnjavanja ili reakcija na određene traumatske odnose sa drugim ljudima odnosno poremećene odnose sa okolinom. Čimbenici koji su često udruženi sa ovakvim ponašanjem su: ženski spol, blizak član obitelji koji pokazuje neki od oblika autodestruktivnog ponašanja, konzumiranje opojnih sredstava (droga), poremećeni odnosi unutar okoline, dvojbe oko seksualne orijentacije i slično (27,28,29).

Istraživanja u Škotskoj su također pokazala da su adolescentice čak 3.4 puta više ispoljavale određeni oblik autodestruktivnog ponašanja u odnosu na adolescente (56).

Poremećaji prehrane su u ranom djetinjstvu jednako učestali kod dječaka i kod djevojčica. Za vrijeme adolescencije se deset puta češći kod djevojčaka. Zabrinjava podatak da su poremećaji prehrane treća kronična bolest kod adolescenata, nakon debljine i astme. Adolescenti i adolescentice rane faze češće se liječe radi anoreksije, dok adolescenti i adolescentice srednje i kasne faze u jednakoj mjeri i od anoreksije nervoze i / ili bulimije nervoze (57).

Yates i suradnici su istraživanjem na zapadnoj obali Amerike pokazali da se oko 26 do 37% adolescenata samoozlijeđuje rezanjem oštrim predmetima, uglavnom adolescentice, a glavni rizični čimbenik je bio neslaganje s roditeljima. Adolescenti sa opetovanim

pokušajima samoozljeđivanja su češće bili adolescenti ženskog spola, skloni rizičnom ponašanju (pojačana seksualna aktivnost bez zaštite), a sa poviješću seksualnog zlostavljanja kroz djetinjstvo (58).

U našem istraživanju je sudjelovalo ukupno 109 ispitanika od čega 42,2% ispitanika muškog spola i 57,8% ispitanika ženskog spola.

U našem su istraživanju skupina adolescenata sa učestalošću autodestruktivnih oblika u ponašanju izjednačeni po spolu.

5.1.3. STUPANJ OBRAZOVANJA

U našem smo istraživanju pokušali istražiti utjecaj školskog uspjeha na pojavnost autodestruktivnosti kod adolescenata.

Provedena istraživanja na području Republike Hrvatske navode da su adolescenti koji su ranije prekinuli školovanje značajno češće rizičnijeg ponašanja, skloniji su konzumiranju psihoaktivnih tvari, poremećaju u ponašanju, rizičnim seksualnim aktivnostima, autoagresivnosti i suicidalnom ponašanju.

Prema izvješću Vlade Republike Hrvatske od 2. srpnja 2009. u Hrvatskoj, oko 98% djece danas sudjeluje u obaveznom osnovnom obrazovanju, a podaci o sudjelovanju mladih u srednjoškolskom obrazovanju su nedostadni i nepouzđani i iznose oko 31.3 do 65%. Među adolescentima osobito zabrinjava skupina onih koji ne pohađaju ili nisu završili osnovnu ili srednju školu. Najvažniji čimbenici zašto adolescenti odustaju od školovanja su bili: loš školski uspjeh, nisko akademsko i opće samopoštovanje, otuđenost od školskog života, loši socioekonomski uvjeti unutar obitelji (59).

U našem istraživanju srednju školu pohađa najveći broj ispitanika, njih 61,5%, a 35,8% ispitanika pohađa osnovnu školu, dok 2,8% ispitanika ne pohađa školu.

Najveći broj ispitanika sluša nastavu po redovitom nastavnom programu, od čega 91,3% muških ispitanika i 87,3% ženskih ispitanika. 8,3% ispitanika pohađa školu po prilagođenom programu, od čega 6,5% muških ispitanika i 9,5% ženskih ispitanika.

Muški adolescenti koji pohađaju srednju školu su većinom iz strukovnih škola, dok su ženske adolescentice iz gimnazija. Najzastupljenije strukovne škole su ugostiteljska, obrtnička i komercijalna škola, a od gimnazija je najzastupljenija opća.

S obzirom na odabir srednje škole dokazana je statistički značajna razlika s obzirom na spol.

Prosječan uspjeh ispitanika tijekom školovanja je u 34,9 % ispitanika dobar, vrlo dobar kod 34,9% ispitanika, odličan kod 12,8% ispitanika i 0,9% ispitanika ima dovoljan uspjeh. Trenutno je najviše 34,9% dobrih, 26,6% vrlo dobrih, 7,3% odličnih, 1,8% dovoljnih, a čak 29,4% ponavljača, od čega je 30,4% ispitanika muškog spola, a 28,6% ispitanika je ženskog spola. U našem istraživanju je bez negativnih ocjena 31,2% ispitanika, s 1 do 2 negativne ocjenom je 44% ispitanika, s 3 do 4 negativne je 21,1%, a 3,7% ispitanika ima više od 4 negativne ocjene. Bez neopravdanih sati je 29,4% ispitanika, njih 32,1% ima od 10 do 20 neopravdanih sati. 11,9% ispitanika ima do 5 a 11,9% ima od 30 do 40 neopravdanih 0,9% ispitanika ima više od 40 neopravdanih sati. Opomene pred isključenje ima 27,5% ispitanika.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da su adolescenti koji pokazuju autodestruktivna ponašanja uglavnom iz strukovnih škola i većina su muškog spola. Adolescentice češće pohađaju gimnaziju. Razlika po spolu i vrsti škole je statistički značajna kao i razlika u ukupnom broju ispitanika i vrsti škole koju pohađaju.

U našem istraživanju nismo dokazali statistički značajnu razliku po spolu s obzirom na uspjeh u školi. U odnosu na uspjeh u školi, poremećaji su najčešći kod adolescenata sa dobrim uspjehom u školi.

Podaci iz našeg istraživanja ukazuju da poteškoće u školi i negativan uspjeh mogu biti rizičan čimbenik za pojavu autodestruktivnog ponašanja među adolescentima.

5.2. UTJECAJ STRUKTURE OBITELJI I SOCIOEKONOMSKOG STATUSA

Prema podacima od 2006. godine 498 mladih se u Hrvatskoj nalazilo u domovima za djecu i mlade s poremećajima u ponašanju, dok ih je oko 2000 živjelo u specijaliziranim odgojnim institucijama i koja teško ili nikako ne mogu računati na podršku obitelji (59).

Wenz je naveo da loš socioekonomski status je često uzrok samoozljeđivanja među mladima. Hawton i suradnici su također uzeli u obzir utjecaj socioekonomskih okolnosti i pokazali da imaju direktan negativan učinak na autodetraktivna ponašanja u mladima (60).

Nizak roditeljski socioekonomski status je povezan sa porastom eksternalizirajućih problema i agresivnim ponašanjem u adolescenata (61,62).

Istraživanje u Škotskoj je pokazalo da je bio veći rizik od samoozljeđivanja i autodestruktivnog ponašanja među adolescentima koje su živjele samo sa jednim roditeljem i čiji su roditelji bili razvedeni (56). Brent navodi, kao i Eirini i Buchanan da veći rizik za razvoj psihopatologije kao i za suicid imaju upravo oni adolescenti koji žive samo sa jednim roditeljem.

U našem istraživanju polovica ispitanika živi u potpunoj obitelji, 29,6% živi samo sa majkom, 4,6% ispitanika živi sa ocem, 2,8% živi u udomiteljskoj obitelji, 3,7% živi kod usvojitelja / posvojitelja, a 9,3% ispitanika živi u SOS dječjem selu ili u domu.

Kao razlog razvoda roditelja navodi se najčešće neslaganje karaktera, psihička bolest i nasilje u obitelji. Ispitanici su većinom iz obitelji s dvoje ili troje djece.

Bez redovitih prihoda u obitelji je čak 18,3% ispitanika, 41,3% ima prihod od 2000 do 4000 kuna, 22,9% ispitanika je s prihodom od 4000 do 6000 kuna. Više od 6000 kuna po domaćinstvu ima samo 8,3% ispitanika. Više od četvrtine obitelji ispitanika, njih 27,5% prima socijalnu pomoć. Po obiteljskom statusu, 57,8% ispitanika ima roditelje koji žive u braku, 30,3% ispitanika ima rastavljene roditelje, 3,7% ispitanika ima roditelje koji žive u izvanbračnoj zajednici, 5,5% ispitanika za roditelja ima udovicu (udovca).

Majke ispitanika najčešće imaju samo osnovnu školu ili srednju školu većinom su nezaposlene. Najzastupljenija stručna sprema oca je srednja škola. Većina očeva ispitanika je zaposleno, a veliki je udio i umirovljenih roditelja, uglavnom radi psihičke bolesti.

Autodestruktivno ponašanja smo uspoređivali s socioekonomskim odnosima i odnosima unutar obitelji (stručna sprema roditelja, radni status roditelja, broj djece u obitelji, prihodi, primanje socijalne pomoći) i rezultati pokazuju da većina autodestruktivnih ponašanja dolazi iz obitelji sa lošijim materijalnim statusom.

Većina ispitanika koji razmišljaju o pokušaju suicida ili su već pokušali suicid, je iz obitelji koje primaju socijalnu pomoć i imaju loš socioekonomski status. Razlika je statistički značajna.

Kod uspoređivanja autodestruktivnog ponašanja adolescenata u odnosu na stručnu spremu roditelja, dokazano je statistički značajno više ispitanika po svim vrstama poremećaja kod očeva sa srednjom stručnom spremom (poremećaj prehrane kod 60%, pokušaj suicidalnosti i razmišljanje o suicidalnosti kod 67,2%, samootrovanje alkoholom i lijekovima kod 78,9% te samoozljeđivanje oštrim predmetima kod 66,7% ispitanika).

Podaci iz našeg istraživanja pokazuju da struktura obitelji može biti značajan rizik za razvoja autodestruktivnosti kod adolescenata u većoj mjeri nego što je to utjecaj socioekonomskog statusa obitelji. Nadalje loši socioekonomski uvjeti u obitelji, nezaposlenost roditelja, nedostatak materijalnih sredstava za svakodnevni život mogu biti rizični čimbenik za suicidalna razmišljanja i pokušaj suicida kod adolescenata sa autodestruktivnim oblicima u ponašanju.

5.3. UČESTALOST AUTODESTRUKTIVNIH OBLIKA PONAŠANJA

Današnji trendovi suvremenog stila života posebno utječu na mlade koji često razvijaju „model oponašanja“ gdje oponašaju ili kopiraju oblike autodestruktivnog ponašanja njima važnih grupa, grupa vršnjaka s kojima se poistovjećuju ili sa pojedincima u kojima traže uzor. Autodestruktivnost među adolescentima je globalni problem i zahvaća najčešće razvijene zemlje sa visokim socioekonomskim standardom, ali je u današnje vrijeme primijećen porast u zemljama u tranzicijama u kojima je i Hrvatska.

Li i autori istraživali su autodestruktivno ponašanje među adolescentima u Taiwanu. 80% autodestruktivnog ponašanja su činile ozljede nastale ozljeđivanjem oštrim predmetima i samootrovanje alkoholom, kao jednim od rizičnih čimbenika za takvo ponašanje (63).

Lyskyte i suradnici su istraživali učestalost autodestruktivnog ponašanja među adolescentima u dobi od 15 do 17 godina u Litvi i rezultati su pokazali da njih 7.3% na uzorku od 3848 ispitanika su ispoljavali autodestruktivni oblik ponašanja, najčešće samoozljeđivanjem rezanjem oštrim predmetima ili samootrovanje lijekovima. 43 % je izjavilo da je u više navrata ponavljala takvo ponašanje, a 13% je zahtijevalo bolničko liječenje (36). Istraživanje na adolescentima u Finskoj je pokazalo da je prevalencija samoozljeđivanja oko 11.5 % među adolescentima u dobi od 13 do 18 godina, a ostalih oblika autodestruktivnog ponašanja 10.2%. Samoozljeđivanju su bile sklonije adolescentice, depresivnog raspoloženja, sa somatskim poteškoćama, zlouporabom psihoaktivnih tvari, lošim školskim uspjehom i narušenim odnosima sa roditeljima (37).

Čak 14 do 16% tinejdžera je sklono samoozljeđivanju oštrim predmetima, a postotak se povećava zadnjih godina u svijetu. Kao jedan od uzroka je sve raširenija depresija i beznadežnost kod mladih, a koje često prati nanošenje ozljeda samom sebi. Djevojke koje su razvile sklonost samoozljeđivanju pokazale su slabije rezultate od svojih vršnjaka u svim mjerenjima pozitivne psihološke prilagodbe, a više na mjerenjima negativne psihološke prilagodbe kao što su depresija i delikvencija (64,65,66).

Samoozljeđivanje oštrim predmetima a koje uključuje nesuicidalni i suicidalni oblik ovakvog ponašanja predstavlja veliki problem među tinejdžerima, i iznosi oko 6 do 7% prevalencije među adolescentima. Velika većina, oko 60%, ima iskustvo sadašnje ili prošle epizode velikog depresivnog poremećaja. Najčešći načini su bili rezanje i grebanje po koži tijela. Suicidalni oblik samoozljeđivanja se razlikuje od nesuicidalnog oblika samoozljeđivanja s obzirom na broj pokušaja, ozlijeđena područja, stresne čimbenike i po motivaciji (17).

Istraživanja u Hrvatskoj su pokazala da je o samoozljeđivanju 2007. godine razmišljalo 23% dječaka i 39% djevojčica, a čak 43% u dobi od 15 do 16 godina. Novija epidemiološka istraživanja su pokazale da postoji visoka stopa rasta autodestruktivnog ponašanja u adolescenata u dobi između 14 i 18 godine, ponekad i do 24 godine (59).

Samoozljeđivanje je često među osoba koje boluju od poremećajima prehrane, sa prevalencijom od oko 13 do 68%. Visoka prevalencija samoozljeđivanja je česta kod bulimičnih pacijentica i onih sa anoreksijom nervozom purgativnog tipa (18).

Najčešći oblik autodestruktivnog ponašanja su prema nekim istraživanjima samoozljeđivanje rezanjem i samootrovanja lijekovima. Češće se u ovim oblicima javlja kod adolescentica (15). Istraživanja u Škotskoj su također pokazala da su adolescentice čak 3.4 puta više ispoljavale određeni oblik autodestruktivnog ponašanja u odnosu na adolescente (56). Adolescenti sa učestalim pokušajima samoozljeđivanja su češće bili ženskog spola, skloni rizičnom ponašanju (pojačana seksualna aktivnost bez zaštite), sa poviješću seksualnog zlostavljanja kroz djetinjstvo (58).

U *Hrvatskoj* je relativno mali broj istraživanja o oblicima autodestruktivnom ponašanju kod adolescenata zadnjih desetak godina, naročito na području *Slavonije i Baranje* a koje je u velikoj mjeri bila pogođena ratnim događanjima, čije su posljedice i danas prisutne.

U našem istraživanju najčešći oblik autodestruktivnog ponašanja kod adolescenata je pokušaj suicida lijekovima, a zatim slijede: samootrovanje alkoholom i lijekovima, samoozljeđivanje oštrim predmetima, pokušaj suicida lijekovima i alkoholom, pokušaj suicida lijekovima i samoozljeđivanjem oštrim predmetima, i anoreksija nervoza.

Adolescenti ženskog spola u našem istraživanju su skloniji samoozljeđivanju u odnosu na adolescente muškog spola. Razlika je statistički značajna.

Adolescenti ženskog spola skloniji su uzimanju lijekova bez nadzora odraslih u usporedbi sa adolescentima muškog spola. Razlika je također statistički značajna.

Najčešći oblik pokušaja suicida je samoozljeđivanje oštrim predmetima, zatim lijekovima, kombinacija lijekova i alkohola uz samoozljeđivanja oštrim predmetom.

Poremećaj u prehrani češće imaju ispitanice ženskog spola. Nije dokazana statistički značajna razlika.

Dodatno se samoozljeđuje više ispitanika ženskog spola. Razlika je statistički značajna.

Prema rezultatima iz našeg istraživanja možemo zaključiti da su adolescentice u odnosu na adolescente sklonije samoozljeđivanju oštrim predmetima, češćoj zlouporabi i uzimanju lijekova bez nadzora. Također, u odnosu na adolescente, osim što pokazuju neki od oblika autodestruktivnog ponašanja, redovito se ili povremeno samoozlijeđuju oštrim predmetima.

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da adolescenti muškog spola istovremeno ispoljavaju više oblika autodestruktivnih ponašanja, a imaju visoki suicidalni rizik odnosno učestala suicidalna promišljanja i pokušaj suicida prije liječničke intervencije u odnosu na adolescentice.

5.4. RIZIK OD SUICIDALNOG PONAŠANJA I POKUŠAJ SUICIDA

U našem smo istraživanju pokušali procijeniti koliki je rizik od suicidalnog ponašanja i suicida kod adolescenata sklonih autodestruktivnim oblicima u ponašanju.

Suicidalno ponašanje je rezultat složenog međudjelovanja psihijatrijskih, društvenih i obiteljskih čimbenika.

Prema Lewinsonu i suradnicima, pokušaj suicida definira se kao čin u kojem je postojala svjesna namjera uništenja vlastitog života, ali koji nije završen i u kojem nije nastupila smrt. Pokušani suicid se naziva parasuicid ili tentamen suicidi. Broj pokušaja je oko dva puta veći od broja počinjenih suicida.

Među osobama koje pokušavaju suicid prevladavaju mlađe ženske osobe, adolescentice u dobi od 15 do 18 godina. Najčešći načini pokušaja suicida su predoziranje i trovanje tabletama, rezanje vena, vješanje i utapanje. Najčešći motivi su konflikti unutar obitelji ili socijalnoj sredini, kao i nezadovoljstvo životom. Općenito se smatra da je suicid adolescenta posljedica nekog za njih traumatičnog događaja, kao što je prekid ljubavne veze ili počinjeni antisocijalni čin koji u njemu izaziva osjećaj krivnje.

Spirito i suradnici su iznijeli zaključke istraživanja osoba s pokušajem suicida u adolescenciji i većina osoba uzima visoke doze lijekova sa niskim letalitetom zbog problema sa roditeljima, momkom, djevojkom ili u školi. Najvažniji čimbenik je osjećaj beznađa, a postoje i dokazi o otvorenom konfliktu i poremećenoj komunikaciji unutar obitelji. Obitelj bez oca je također čimbenik rizika za pokušaj suicida (67).

Prema rezultatima World Health Organization, u Hrvatskoj postoji značajan porast suicida među djecom i adolescentima, a najvažniji rizični čimbenici su: školski neuspjeh, povijest suicida u obitelji, narušena komunikacija sa roditeljima i drugi stresni događaji, konzumiranje alkohola, konzumiranje psihoaktivnih tvari, agresivno i impulzivno ponašanje (68,69).

Samoozljeđivanje u ranoj adolescentnoj dobi je važan pokazatelj psihičkog zdravlja u odrasloj dobi, a često je rizični čimbenik za suicidalno ponašanje i suicid (70).

Razlika između suicidalnog i ne-suicidalnog oblika samoozljeđivanja je prema nekim istraživanjima u tome što prva grupa ispitanika ima u komorbiditetu veliki depresivni poremećaj odnosno posttraumatski stresni poremećaj, a druga grupa ispitanika neki od poremećaja osobnosti (71).

U odnosu na suicidalno ponašanje, kod samoozljeđivanja često ne postoji ozbiljna namjera da se osoba ubije, ponašanje se ponavlja i ponekad ima ovisnički karakter. Međutim, kod adolescenta koji se učestalo samoozljeđuju je visoki rizik od suicida i važno ga je na vrijeme prepoznati i djelovati (72). Adolescenti koji se samoozljeđuju i u više navrata su pokušali suicid su znatno depresivniji, impulzivniji i verbaliziraju osjećaj nemoći i gubitak nade u odnosu na one koji se samo samoozljeđuju (73). Razvod roditelja u adolescenata često utječe na rizik od suicidalnog ponašanja. Adolescentice koje su nakon razvoda roditelja ostale živjeti sa očevima češće su pokušale suicid u usporedbi s onima koje su ostale živjeti sa majkama (74).

Istraživanje u Virginiji je pokazalo da postoje statistički značajne razlike između onih koji pokazuju samoozljeđivanje bez suicidalne namjere i onih koji se samoozljeđuju i kod kojih postoji visoki rizik od suicida s obzirom na spol. Naime, adolescentice su sklonije samoozljeđivanju, posebno one kod kojih postoje problemi unutar obitelji, a s obzirom na loš socioekonomski status. Najveći broj adolescenata koji su se samoozljeđivali naveli su da su ideju dobili od prijatelja, obitelji ili pod utjecajem medija. Češće su depresivni, imaju poremećenu kontrolu agresije i impulzivnosti, u usporedbi s adolescentima koji se ne samoozljeđuju (29).

Autodestruktivno ponašanje je često povezano sa negativnim doživljavanjem vlastitog tijela kod djevojaka adolescentica. Kod bulimičnih adolescentica nekritično uzimanje laksativa ili drugih lijekova kao i psihostimulirajućih sredstava značajno ukazuje na razmišljanja o samoubojstvu ili na rizik od pokušaja suicida (75).

Oko 3-20% adolescentica sa anoreksijom i oko 25-30% adolescentica sa bulimijom su barem jednom pokušale samoubojstvo (76).

Anksioznost i impulzivno ponašanje se često opaža kod adolescenata oba spola sa autodestruktivnim ponašanjem ali su snažno povezani i sa suicidalnim rizikom. Ljutnja i saznanje o prethodno „lošem“ raspoloženju ukazuju na rizik od nasilnog ponašanja, dok je anksioznost negativno povezana sa nasilnim ponašanjem. Impulzivnost i impulzivno ponašanje je prepoznato kao ključni čimbenik za procjenu pojave suicidalnog ponašanja kod adolescenata ali i kod odraslih pacijenata (77, 78).

Istraživanja zadnjih godina u Americi pokazuju da u općoj populaciji godišnje oko 2000 adolescenata počini suicid. Suicid je drugi vodeći uzrok smrtnosti među mladima u Americi i često se povezuje sa porastom zlouporabe alkohola i droga među mladom populacijom. Laka dostupnost alkohola i oružja u njihovim domaćinstvima zasigurno utječe na porast suicida u adolescentnoj dobi. Depresivni adolescenti često uz pomoć alkohola nastoje smanjiti depresivno raspoloženje (79).

Istraživanja su pokazala da adolescenti koji su bolnički liječeni zbog posljedica samoozljeđivanja, njih oko 5% počini suicid u sljedećih 9 godina (80).

Istraživanje provedeno na populaciji adolescenata u Americi pokazuju da muški adolescenti koji konzumiraju alkohol 17 puta češće pokušavaju suicid u odnosu na normalnu populaciju, odnosno ženske adolescentice tri puta češće. S obzirom na etičku pripadnost, depresivna Azijsko-američka populacija adolescenata ima četiri puta veću učestalost pokušaja suicida u usporedbi sa adolescentima drugih psihijatrijskih poremećaja. Adolescenti koji su u čestim sukobima sa svojim obiteljima imaju i do 30 puta veću vjerojatnost pokušaja samoubojstva u odnosu na one koji nemaju takva iskustva. Afričko-američki adolescenti imaju šest puta veći rizik za suicid kao posljedicu neslaganja sa roditeljima, dok bijelci Amerikanci imaju dva puta veći. Alkohol povećava rizik od takvog ponašanja (81).

Rano iskustvo seksualnog zlostavljanja odnosno roditeljskog zanemarivanja je rizični čimbenik za suicidalno ponašanja u adolescenciji, ali i u odrasloj dobi (82).

Mnoge žrtve seksualnog zlostavljanja razviju postraumatski stresni poremećaj i depresiju, a vrlo često imaju veći broj pokušaja suicida u odnosu na adolescente koji nisu seksualno zlostavljani (83).

Istraživanje provedeno u Minnesoti je pokazalo da jedan od pet Latino učenika u srednjoj školi barem jednom je razmišljalo o samoubojstvu. Posebno je zabrinjavajući visoki postotak među adolescenticama, koje su izjavile da je njih 20 do 30% imalo promišljanja o suicidu protekle godine, a čak 14 do 19% je pokušalo suicid u istoj godini (84).

Suicid i pokušaj suicida je često rezultat niza kroničnih problema kod onih koji se samoozljeđuju, međutim i određene stresne situacije i okolnosti akutnog karaktera mogu završiti tragično.

Prosječno oko 5% adolescenata koji se samoozljeđuju barem jednom ili više puta kroz razdoblja od 9 godina pokušaja suicida. Adolescenti sa bulimijom su posebno rizična skupina. Adolescenti koji češće režu ručni zglob su skloniji suicidalnom ponašanju i pokušaju suicida u odnosu na one koji se režu po ostalim područjima na rukama. Djeca koja su žrtve seksualnog zlostavljanja osim što imaju povećani rizik od samoozljeđivanja, sklonija su i poremećajima prehrane i suicidalnim razmišljanjima (85).

Samoozljeđivanje i autodestruktivnost često ukazuje na suicid ili pokušaj suicida kod psihotičnih ili schizofrenih adolescenata (86).

Rani početak konzumiranja alkohola, pušenja cigareta i rizično seksualno ponašanje su prepoznati kao važni rizični čimbenici mogućeg pokušaja suicida i suicida kod adolescenata kasne faze (87,88).

Učestalo opijanje i pušenje su značajno povezani sa pokušajem suicida i suicidalnim razmišljanjima kod Korejskih adolescenata, nešto češće kod adolescentica (89).

U našem istraživanju potvrđan odgovor na pitanje jesu li ranije imali pokušaj suicida dalo je 23,9% ispitanika, od čega statistički značajno više ispitanica ženskog spola, njih 33,3%.

Kao način na koji su pokušali suicid 32,1 % ispitanika je navelo samoozljeđivanje oštrim predmetima, samootrovanje lijekovima kod 17,9% ispitanika te kombinacijom lijekova i alkohola i samoozljeđivanja oštrim predmetom 17,9% ispitanika

Čak 60,2% ispitanika u našem je istraživanju razmišljalo o pokušaju samoubojstva. Veći dio ispitanika je napravilo detaljan plan suicida, ali plan nije ostvarilo. Prekomjernu dozu alkohola ili lijekova je uzelo, uz malu zabrinutost za vlastitu sigurnost a bez apsolutne želje za smrću, 35,2% ispitanika. Pokušaj suicida je imalo 22,2% ispitanika.

Dodatno se uz suicidalno ponašanje samoozljeđuje čak 35,8% ispitanika od čega više ispitanici ženskog spola. Razlika je statistički značajna.

U našem istraživanju je potvrđena hipoteza da adolescenti koji imaju autodestruktivne oblike ponašanja su češće skloni pokušaju suicida i imaju češće suicidalna promišljanja. Ženski spol je jedan od čimbenika rizika sa suicidalnost i autodestruktivnost. Naime, rezultati našeg istraživanja pokazuju da se osim što imaju neki od oblika autodestruktivnog ponašanja još se i dodatno samoozljeđuju.

Suicidalna promišljanja i pokušaj suicida su rizični čimbenik za autodestruktivnost, ali autodestruktivni oblici ponašanja također mogu biti rizični čimbenik za pokušaj suicida i suicid u adolescenata oba spola.

5.5.UTJECAJ KVALITETE OBITELJSKIH ODNOSA

Obitelj je najsnažniji zaštitni čimbenik za sve oblike poremećaja adolescenata. Loši obiteljski odnosi u isto vrijeme su i najčešći čimbenici rizika za psihopatologiju u djetinjstvu.

Naše istraživanje je bilo usmjereno i na pokušaj procjene utjecaja kvalitete obiteljskih odnosa na pojavnost autodestruktivnog ponašanja i heterodestruktivnog ponašanja u adolescenciji. Bolesnici su kvalitetu obiteljskih odnosa procjenjivali na Hadsonovoj samoocjenskoj ljestvici obiteljskih odnosa i odnosa prema ocu, a njihovi roditelji su ispunjavali upitnik procjene obitelji.

Garrison i McKeowen još 1997. godine naglašavaju da obiteljski odnosi su važniji čimbenik rizika od strukture obitelji, a slično potvrđuju i drugi istraživači (90,91,92).

Adolescencija je osjetljivo životno razdoblje za pojavu autodestruktivnih oblika ponašanja. Brojna istraživanja zadnjih dvadesetak godina pretpostavljaju da odnos između roditelja i adolescenata ima značajan učinak na njihov razvoj i sprječavanje rizičnih ponašanja. Centar za kontrolu bolesti i prevenciju (CDC) je prepoznao šest rizičnih oblika ponašanja koji mogu biti posljedica narušenog odnosa između roditelja i njihovih adolescenata: 1. pušenje 2.uporaba i zlouporaba alkohola 3. samoozljeđivanje i nasilje prema sebi 4. seksualno ponašanje koje uzrokuje neželjene trudnoće i spolno prenosive bolesti 5. nezdrave prehrambene navike i 6. fizička neaktivnost.

Brojna saznanja pokazuju da odnos između adolescenta i roditelja ima značajan utjecaj na adolescentovo ponašanje. Roditeljska ponašanja koja mogu utjecati na zdravlje adolescenta i na razvijanje modela rizičnog ponašanja su: način kako provode i održavaju disciplinu, razina roditeljske angažiranosti, razina roditeljske pažnje i nadzora, način komuniciranja sa adolescentom, roditeljski način života, roditeljska toplina u odnosu na hladnoću, strukturiranost u odnosu na zbrku, strogost u odnosu na popuštanje, stalnost u donošenju odluka u odnosu na nedosljednost u odlukama i sl. (93).

Obitelj kao cjelina i roditeljska uključenost u život adolescenta i njegove navike ima izrazito zaštitničku ulogu u sprječavanju autodestruktivnih oblika ponašanja, kao i pojavu suicida među mladima. Većina roditelja danas opisuje poteškoće u komunikaciji sa svojom djecom i brojne prepreke u provođenju pravila i discipline što vrlo često završava autodestruktivnošću kod mladih (94).

Sam čin autodestruktivnog ponašanja je često posljedica nagomilanih obiteljskih poteškoća, neslaganja među roditeljima, djetetovih unutarnjih i vanjskih problema. Podatak da postoji neki od oblika samodestruktivnog ponašanja do 12 godine djetetovog života je važan znak upozorenja da bi se isto moglo nastaviti i kroz razdoblje cijele adolescencije ali i kasnije. Roditelji često izražavaju osjećaj srama, krivnje, nesigurnosti i neznanja, straha kako postupati sa adolescentom koji pokazuje autodestruktivnost. Majke adolescenata opisuju emocionalne dileme: koja je razina do koje su one odgovorne za probleme svoje

djece, na koji način pokušati razumjeti takvo ponašanje i kako ostvariti komunikaciju sa svojom djecom (95,96).

Negativan stav prema roditeljima i nedostatak pozitivnih osjećaja prema roditeljima je često pokazatelj autodestruktivnog ponašanja, naročito kod rizika od samoozljeđivanja rezanjem oštrim predmetima (97).

Promatrajući sveukupno obiteljsko funkcioniranje, istraživanje je pokazalo kako većina djece koja vrše nasilja nad drugima ili prema sebi dolaze iz obitelji u kojima nedostaje topline te u kojima pored čestog nasilja nema niti discipline (98).

Pojedine studije pokazuju i zaštitničku ulogu oca ili uključivanje očeve figure na način da očeva uključenost u odgoju adolescenta može biti zaštita od osjećaja nezadovoljstva sa životom. Također neke studije o razvoju djece pokazale su kako utjecaj oca ima veću ulogu na sinove nego na kćeri (99).

Adolescenti čiji su roditelji bili u bliskim odnosima sa svojim očevima imaju više samopouzdanja, manje izražene smetnje ponašanja, manje su depresivni u usporedbi sa onima koji to nemaju (100). Očeva uključenost u odgoj adolescenata značajno smanjuje ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima, posebno o marihuani (101).

Adolescenti koji su odrasli u obitelji sa ocem koji je ispoljavao antisocijalno ponašanje ili su odrasli bez biološkog oca, u adolescenciji su pokazivali višu razinu eksternalizirajućih problema (102). Nedostatak komunikacije s ocem je značajni faktor rizika za suicid nego teškoće komunikacije s majkom (103). Dobar i topao odnos između majke i njenog novog partnera nakon razvoda braka ima pozitivan učinak na adolescentov razvoj smanjujući pojavnost eksternalizirajućih smetnji kao što su delikventno ponašanje i agresivnost (104).

Ruralna područja suprotno uvriježenim mišljenjima nisu protektivan okoliš za razvoj rizičnog ponašanja kod adolescenata. Sama mogu biti čimbenik rizika za pojavu agresije i impulzivnosti (105).

Yates i suradnici su istraživanjem na zapadnoj obali Amerike pokazali da se oko 26% do 37% adolescenata koji se samoozljeđuju rezanjem oštrim predmetima su bili ženskog spola, a glavni rizični čimbenik je bio neslaganje s roditeljima (106).

Parasuicidalno ponašanje kod adolescenta je često povezano sa nesuglasicama unutar obitelji, osjećajem beznada i komorbiditetom drugih psihijatrijskih poteškoća (107).

Richman u svom istraživanju navodi da narušena komunikacija između adolescenata i roditelja i pretjerana tajnovitost među njima su glavni čimbenici za autodestruktivno ponašanje. Narušen odnos adolescent-roditelj je često okidač za razmišljanja o suicidu među adolescentima i njihovoj sklonosti da se samoozljeđuju (108, 109)

Nasilje između adolescenta i roditelja je rizičan čimbenik za beskućništvo i predviđa slabiji zdravstveni ishod među mladima (110).

Socijalni čimbenici također mogu imati utjecaj na pojavnost autodestruktivnosti, a koja često rezultira pokušajem suicida odnosno suicidom. Najčešći pokazatelji ovakvog ponašanja su: osobne poteškoće i problemi, depresija, konzumiranje alkohola i droga, poremećeni odnosi sa roditeljima ili drugim članovima obitelji, loš uspjeh u školi, kronični psihosocijalni problemi i problemi u ponašanju općenito. Osobe koje su sklone autodestruktivnosti u adolescentnoj dobi, češće razvijaju određene poremećaje osobnosti, kao npr: granični poremećaj osobnosti, emocionalno nestabilni poremećaj osobnosti i sl. (111).

Slaba emocionalna podrška i slabije intelektualno poticanje od roditelja često utječe na hiperaktivnost i agresivnost i kod djece, a kasnije i kod adolescenata. Učestali sukobi i razmirice s roditeljima, slaba povezanost unutar obiteljskog okruženja pridonosi pojavi poremećaja ponašanja, zlouporabi alkohola i psihoaktivnih tvari (112).

Adolescenti koji žive u obiteljima u kojima postoje česti konflikti, koji su u djetinjstvu doživjeli ratna razaranja ili žive u obiteljima traumatiziranim ratom i u stresnim situacijama nemaju osiguranu socijalnu podršku ili vlastite izvore uspješnog suočavanja, mogu koristiti različita sredstva ovisnosti kao strategiju suočavanja sa svojim problemima. Adolescenti koji u situacijama izloženosti većem broju stresnih događaja nemaju podršku i razumijevanje roditelja i druge osobe iz svoje okoline, teško prolaze kroz ova životna razdoblja, uskoro se nađu u zatvorenom krugu iz kojeg često teško sami mogu naći izlaz. U takvim situacijama konzumiranje psihoaktivnih tvari može im se učiniti načinom suočavanja i umanjivanja negativnih posljedica stresnih životnih događaja. Možemo govoriti o direktnoj povezanosti nepovoljnih obiteljskih okolnosti, odnosa unutar obitelji, depresivnosti i konzumiranju psihoaktivnih sredstava (113).

U našem istraživanju rezultati pokazuju da je fizički zlostavljana jedna petina ispitanika, najčešće od strane oca ali i od majke. Polovica obitelji je pod nadzorom Centra za socijalni rad radi obiteljskog nasilja i zlostavljanja djece.

Većina ispitanika navodi da u odnosu prema roditelju problemi postoje. Jedna trećina ispitanika navodi da postoje problemi u odnosu prema ocu, smatrajući ga prezahtjevnim ili ih previše ograničava, ili ih otac sramoti. Nije dokazana statistički značajna razlika po spolu.

S obzirom na odgovore koji su dali jedan od roditelja ispitanika većina obitelji su tzv. "bolesne" obitelji koje zahtijevaju stručnu pomoć i nadzor, s obzirom na povišene patološke vrijednosti po svim navedenim kategorijama.

Muški adolescenti u odnosu na ženske adolescente imaju statistički značajno više izražene smetnje u rješavanju problema, afektivnim reakcijama, sveukupnom funkcioniranju s obzirom na poremećen odnose u obitelji i loš stav prema ocu.

U našem istraživanju je nađeno da statistički značajno više poteškoća u rješavanju problema, komunikaciji, nadzoru obiteljskog funkcioniranja imaju oni adolescenti čije su majke psihički bolesne ili imaju i fizičku i psihičku bolest.

Najveći broj adolescenata sa autodestruktivnim ponašanjem doživljava odnose u obitelji poremećenima, kao i odnos sa ocem. Sličan stav imaju i njihovi roditelji.

Muški adolescenti su češće pod utjecajem očevog ponašanja, dok psihički i fizički bolesna majka je jedan od rizičnih čimbenika za autodestruktivnost kod oba spola.

Poremećeni odnosi unutar obitelji, loša komunikacija, obiteljsko nasilje, fizičko zlostavljanje adolescenata od strane roditelja i nemogućnost rješavanja problema unutar obitelji su potencijalni rizični čimbenici za pojavnost i odražavanje autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja u adolescenata.

5.6. UTJECAJ TRAUMATSKIH ISKUSTAVA

U našem radu smo pokušali istražiti utjecaj traumatskih životnih iskustava (prema subjektivnoj procjeni ispitanika) na autodestruktivnost. Bolesnici uglavnom kao najtraumatičnija iskustva iznose ona koja su vezana uz obitelj i vršnjake.

Većina rizičnih traumatskih događaja imaju kumulativno djelovanje te je za razvoj nekog poremećaja ponekad važniji njihov broj nego kvaliteta, vrsta ili tip stresnog čimbenika.

Adolescenti imaju priličan rizik za iskustvo traume. Giaconia i sur. (1995) su našli da je preko 40% adolescenata u velikom uzorku iz opće populacije imalo barem jedno traumatsko iskustvo do 18. godine. I u najboljim okolnostima adolescencija je stresno životno razdoblje. Većina adolescenata prolazi kroz taj period bez ozbiljnih štetnih posljedica. Sposobnost za takav prolaz zahtijeva prijašnje kognitivne, biološke, emocionalne, obiteljske i društvene utjecaje. Događaji koji narušavaju razvojne pripreme za razdoblje adolescencije predstavljaju rizik za pojedinca da razvije različita ponašanja koja mogu imati potencijalno štetne posljedice.

Adolescenti koji su izgubili roditelje češće reagiraju povlačenjem, djeca rastavljenih roditelja agresivnošću, seksualno zlostavljani adolescenti češće razvijaju miješani emocionalni poremećaj, tjelesno bolesni razvijaju niz podtipova prilagođavanja. Ako postoji podaci o jakom zlostavljanju u djetinjstvu disocijativni poremećaj je česta posljedica.

Adolescenti nisu samo osjetljivi na nove traume nego mogu ponovno proživljavati ranija traumatska iskustva. Značenje ranije traume za adolescenta se sada mijenja, tako da se stara trauma može ponovno proživjeti. Rane traume iz djetinjstva (fizičko, seksualno, psihičko zlostavljanje i sl.) mogu uzrokovati poteškoće u psihičkom funkcioniranju i dovesti do problema za koje se mislilo da su već riješeni.

Trauma seksualnog ili agresivnog karaktera može ili pretjerano stimulirati adolescentovu vlastitu agresiju ili može predstavljati opasnost za područje seksualnosti. Javljaju se osjećaji nepovjerenja, sumnje u samoga sebe, krivnja, srama, poremećeni odnosi s vršnjacima, ometaju njegovo akademsko i profesionalno funkcioniranje i stabilan osjećaj vlastitog identiteta. Rane traume iz djetinjstva su često oživljene u adolescenciji što dovodi po pojave problema za koje se mislilo da su prije riješeni Adolescenti imaju sklonost da riskiraju što ih dovodi u opasne situacije, s time da oni koji su bili zlostavljani u djetinjstvu imaju veću sklonost rizičnom ponašanju (114, 115).

Brojna istraživanja pokazuju da odrasle osobe koje pokazuju autodestruktivno ponašanje imaju iz djetinjstva podatak o povijesti traumatskog iskustva i poremećene roditeljske skrbi. Trauma iz djetinjstva doprinosi pokretanju autodestruktivnog ponašanja, a

nedostatak sigurne „privrženosti” potpomaže odražavanje takvog ponašanja. Pacijenti koji često imaju pokušaje suicida ili su skloni samoozljeđivanju, zapravo reagiraju na aktualne stresne čimbenike kao povratak na traumu iz djetinjstva, zanemarivanje ili napuštanje (116).

Davidson i suradnici (1996) su istražili učinak seksualnog zlostavljanja na adolescente i našli su da je najveća incidencija suicida kod žrtava koje su doživjele zlostavljanje u dobi prije 16 godina.

Ystgard je pokazao da su čimbenici rizika kod adolescentica sa autodestruktivnim ponašanjem i koje su se ozljeđivale rezanjem bili: podatak o seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu, anksioznost, impulzivnost, razvod roditelja, zlouporaba alkohola. Također je kod njih čest komorbiditet posttraumatskog stresnog poremećaja kao reakciji na brojna traumatska iskustva, a češće su sklone i konzumiranju psihoaktivnih tvari (25, 117).

Emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu je često povezano sa nizom psihijatrijskih poremećaja, naročito sa poremećajima osobnosti u adolescenciji i odrasloj dobi. Seksualno zlostavljanje u djetinjstvu i fizičko zlostavljanje su čimbenici rizika i za razvoj paranoidnog i antisocijalnog poremećaja osobnosti (118).

Zlostavljanje i zanemarivanje adolescenata je najteži oblik poremećenog odnosa između roditelja i adolescenta. Svaki oblik zlostavljanja (tjelesni, spolni, psihički, odgojno-pedagoški) i zanemarivanje njihova zdravlja, odgoja i razvoja ličnosti dovodi vrlo često do niza psihičkih poremećaja kod adolescenata. Također, odgojna zapuštenost i zanemarivanje djetetovih osnovnih potreba, uskraćivanje prava na zdravstvenu zaštitu, njegu, odgoj i školovanje, te napuštanje djeteta, kao i emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje ostavlja dugoročne posljedice na psihički razvoj adolescenta. Utječe na njegovo samopoštovanje, motivaciju, osjećaj sigurnosti i opće psihosocijalno funkcioniranje uopće.

Brojna istraživanja potvrđuju porast učestalosti autodestruktivnog oblika ponašanja kod adolescenata zadnjih desetak godina u svim zemljama zapadne Evrope. Adolescentice imaju prema pojedinim saznanjima 3 do 7 puta višu stopu ponavljanih epizoda autodestruktivnog ponašanja u odnosu na adolescente. Postoji pozitivna korelacija između

autodestruktivnih oblika ponašanja iz ranije anamneze i širokog spektra psihijatrijskih simptoma u kasnijoj dobi kao što su: nisko samopoštovanje, zlouporaba droga (naročito kod adolescentica), depresije, anksioznih poremećaja i impulzivnog ponašanja. Često se autodestruktivno ponašanje kod adolescenata javlja kao mehanizam kojim pokušavaju regulirati određene emocionalne poteškoće (smanjuju napetost ili ublažavaju disforične osjećaje), a mogu biti i znatno ozbiljniji kao čin samokažnjavanja ili reakcija na određene traumatske odnose sa drugim ljudima odnosno poremećene odnose sa okolinom. Čimbenici koji su često udruženi sa ovakvim ponašanjem su: ženski spol, blizak član obitelji koji pokazuje neki od oblika autodestruktivnog ponašanja, konzumiranje opojnih sredstava (droga), poremećeni odnosi unutar okoline, dvojbe oko seksualne orijentacije i slično (27, 28, 29).

Biti žrtvom zlostavljanja u školi od strane vršnjaka je često uzrokom niza psihičkih, emocionalnih i ponašajnih problema među mladima (119).

Bulling kao stresno iskustvo najčešće traje godinama, sa fizičkim i psihičkim posljedicama koje se često ispoljavaju i kasnije kroz kasnu adolescenciju odnosno odraslu dob. U mlađoj dobi obično uzrokuje hiperaktivnost, anksioznost i depresiju u oba spola, međutim kasnije kod muških adolescenata često uzrokuje pojačanu anksioznost, poremećaje ličnosti, a vrlo često i sami od žrtve postaju zlostavljačima (120).

Ystgard je pokazao da su čimbenici rizika kod adolescentica sa autodestruktivnim ponašanjem i koje su se ozljeđivale rezanjem, bili: podatak o seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu, anksioznost, impulzivnost, razvod roditelja, zlouporaba alkohola. Također se češće javlja i kod osoba sa komorbiditetom posttraumatskog stresnog poremećaja odnosno kod osoba sklonih konzumiranju droga (25, 121).

U našem istraživanju unatrag šest mjeseci prekid emotivne veze imalo je 11% ispitanika od čega više ispitanika ženskog spola, njih 14,3%, međutim razlika nije značajna.

Čak 47,7% ispitanika je navelo da je unatrag šest mjeseci imala neki za njih stresni događaj. Kao vrstu stresnog događaja ispitanici u našem radu najčešće navode: zlostavljanje od strane vršnjaka, sukobe unutar obitelji, tešku financijska situacija roditelja, smještaj izvan primarne obitelji, tešku bolest jednog roditelja, maloljetničku trudnoću, seksualno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, nasilje u obitelji, slično kao što su pokazala istraživanja u svijetu.

U našem radu je dokazano da obiteljsko nasilje utječe na probleme pažnje kod muških adolescenata sa autodestruktivnim oblicima u ponašanju. Razlika je statistički značajna.

Traumatska iskustva unutar obiteljskog okruženja, u školskom okruženju i poremećeni odnosi sa vršnjacima predstavljaju značajan čimbenik rizika za pojavu autodestruktivnosti i heterodestruktivnosti kod mladih.

5.7. UTJECAJ NASLJEDNIH ČIMBENIKA (PSIHIČKA BOLEST RODITELJA I ROĐAKA)

U ovom radu pokušali smo istražiti psihičke poremećaje roditelja bolesnika koji pokazuju neki od oblika autodestruktivnog ponašanja i njihov utjecaj na pojavnost autodestruktivnosti i heterodestruktivnosti kod mladih.

Istraživanja potvrđuju da psihijatrijski poremećaji roditelja mogu biti povezani sa povećanim rizikom od autodestruktivnog ponašanja kod djece. Prema nekim istraživanjima adolescenti su rizičnija i ranjivija skupina nego adolescentice, a psihijatrijska bolest oca značajno više nego majke, utječe na povišeni rizik od poremećaju u ponašanju kod adolescenata muškog spola (122).

Činjenice potvrđuju da zdravlje majke ima značajan utjecaj na zdravlje i razvoj djeteta. Rizičnu skupinu čine majke koje boluju od depresije, u djetinjstvu su bile zlostavljane ili su iz siromašnijih društvenih slojeva (123).

Majka koja boluje od depresije i otac koji ispoljava antisocijalno ponašanje značajno utječu na pojavnost poremećaja u ponašanju i depresije kod adolescenata (124, 125).

Adolescenti iz obitelji čiji roditelji imaju probleme sa alkoholom ili drogama pokazivali su u dobi od 16 godina lošije mentalno zdravlje, negativno samopoštovanje, negativnu sliku o sebi sa velikim brojem proživljenih traumatskih životnih iskustava.

Adolescentice iz takvih obitelji su češće pušile, češće su pokazivali suicidalno ponašanje ili su pokušale suicid u odnosu na adolescente iz tzv. normalnih obitelji. Posebno se naglašava mentalno zdravlje majke koje može imati snažan utjecaj na psihosocijalni razvoj muških adolescenata (126, 127).

Istraživanja potvrđuju da se samoozljeđivanje kao oblik autodestruktivnosti se češće javlja u onim obiteljima u kojima se drugi članovi obitelji samoozljeđuju ili se liječe po psihijatru, odnosno pate od određene psihičke bolesti (128).

Rođaci djevojaka sa poremećajima prehrane su češće imali simptome distimije ili ovisnost o alkoholu odnosno o opojnim sredstvima u usporedbi sa kontrolnom skupinom što govori u prilog obiteljskim čimbenicima kao mogućim rizičnim faktorima za poremećaj prehrane (129).

Navike roditelja i njihove ovisničke sklonosti utječu na ponašanje njihove djece. Prema podacima istraživanja u Francuskoj, adolescenti s majkama u mlađoj životnoj dobi češće su ranije počeli pušiti, a adolescenti sa mlađim očevima češće su razvili ovisnost o pušenju. Uzimanje ostalih psihoaktivnih tvari je češće bila kod onih muških adolescenata čiji su roditelji bili ovisnici o pušenju. Adolescenti sa „autorativnim“ roditeljima su rjeđe bili ovisni o pušenju i psihoaktivnim tvarima. Što je zanemarivanje i odbacivanje od strane majke bilo ranije, to je raniji bio početak za stvaranje ovisničkog ponašanja kod muških adolescenata (130).

Alkoholizam majki češće nego alkoholizam očeva i genetska predispozicija pozitivno utječu na uporabu alkohola kod adolescenata kasnije faze, naročito ako imaju podršku i vršnjačke skupine. Djeca i adolescenti roditelja alkoholičara češće konzumiraju alkohol i češće razvijaju ovisnost o alkoholu nego djeca čiji roditelji ne konzumiraju alkohol (131).

Adolescenti iz obitelji kojima je otac alkoholičar imaju značajno veći rizik za razvoj različitih psihičkih poremećaja, 14 puta češće i sami postaju alkoholičari u odnosu na zdravu populaciju. Adolescenti u takvim obiteljima osjećaju krivnju, stalno su tjeskobni, osjećaju sramotu, zbuñeni su, imaju poteškoće u stvaranju bliskih odnosa i često ne

vjeruju drugima. Adolescenti iz obitelji s ocem alkoholičarom često imaju smetnje ponašanja, depresivniji su i imaju povećani rizik od suicida (132).

Tully i suradnici (2008) su istraživali povezanost depresije kod roditelja sa učestalosti pojave depresije kod adolescenata i zaključili su da depresivna majka, a ne otac, utječe na pojavu depresije i poremećaja ponašanja kod adolescenata. Posebno osjetljivu grupu čine udomljena i posvojena djeca (133).

U našem istraživanju oko 15% adolescenata živi u domovima, udomiteljskim obiteljima ili su usvojeni.

U našem istraživanju ispitanice ženskog spola koje ispoljavaju autodestruktivna ponašanja imaju psihički bolesnu majku. Razlika je statistički značajna.

Kao psihičku bolest majke najčešće se navodi anksiozno-depresivna simptomatologija, od kojih je veći broj majki ženskih ispitanika, u odnosu na majke ispitanika muškog spola. Razlika nije statistički značajna.

Kod očeva je značajan udio onih koji imaju dijagnosticiran posttraumatski stresni poremećaj, anksiozno-depresivni poremećaj i alkoholizam.

Većina očeva kojima je dijagnosticirana psihička bolest fizički zlostavlja adolescente, odnosno skloniji su nasilju unutar obitelji. Najčešći psihički problemi u užoj obitelji su kod braće ili sestara.

Također smo za procjenu utjecaja nasljednih čimbenika koristili skalu adolescentovog samoprocjenjivanja (Youth Self-Report). Rezultati našeg istraživanja pokazuju značajan utjecaj psihičke bolesti majke na određene smetnje u funkcioniranju adolescenata koji pokazuju autodestruktivne oblike u ponašanju: socijalni problemi, problemi pažnje, delikventno ponašanje i agresivno ponašanje. Razlika je statistički značajna.

Obiteljsko nasilje također utječe na poremećaj pažnje kod adolescenata koji su skloni autodestruktivnim ponašanjima. Psihička bolest majke značajno utječe i na pojavu eksternalizirajućih problema i ukupnih problema kod adolescenata. Razlika je statistički značajna.

U našem istraživanju smo pokazali da psihička bolest oca (postraumatski stresni poremećaj, alkoholizam, nasilje, depresija, anksioznost) ali u znatno većoj mjeri psihička bolest majke (anksioznost, depresija) može biti rizični čimbenik za pojavu autodestruktivnih oblika ponašanja u adolescenata, posebno kod ženskog spola.

5.8. VRSTE AGRESIVNOSTI I UTJECAJ AGRESIVNOSTI U POJAVNOSTI AUTODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA

U našem smo istraživanju pokušali istražiti ulogu agresivnosti u pojavi autodestruktivnih oblika ponašanja. Zabrinjavajući je podatak o sve češćim agresivnim ispadima u sve mlađoj životnoj dobi.

Istraživanja autodestruktivnosti kod adolescenata naglašavaju ulogu agresivnosti kao osobine ličnosti u patogenezi autodestruktivnosti.

Definicija agresivnosti se razlikuje od autora do autora, postoje tri glavne škole koje zastupaju različite pravce u objašnjenima nastanka agresivnosti.

Prva škola definira agresivnost kao instinkt i glavni je predstavnik ove škole Freud. Prema njegovoj psihoanalitičkoj teoriji kroz Edipov kompleks u muškaraca i žena, agresivnost u djece je instiktivna te bi trebala biti razriješena do odrasle dobi (134,135).

Druga škola opisuje agresivnost kao impuls koji je nastao kao posljedica unutarnje potrebe, a glavni predstavnik ove škole su skupina istraživača sa Yalea predvođenih Johanom Dollardom. Frustracija je uzrok agresivnosti, a agresivnost rezultat frustracije (136,137).

Treća škola je teorija socijalnog učenja prema kojoj je agresivnost naučena iz socijalnog ponašanja te je održavana drugim uvjetima. Ova škola ne prihvaća agresivnost kao prirodno dominantni odgovor na frustraciju nego tvrdi da je agresivnost naučeno ponašanje (138).

Albert Bandura je veliki istraživač, teoretičar i zagovornik socijalne teorije učenja o agresivnosti. Njegovi su eksperimenti pokazali da djeca koja promatraju agresivno modele stvaraju isto ponašanje čak i u novoj situaciji dok kontrolna grupa djece to ne radi, te kako su se neki oblici imitiranja agresivnog ponašanja pojavili čak i ako se gledaju na filmu (139,140).

Žužul definira agresivnost kao više ili manje izraženu, relativno stabilnu tendenciju nekog pojedinca da određenim (provocirajućim) situacijama reagira napadom ili prijetnjom i traženjem sukoba i borbe u najširem smislu riječi. Agresivnost je definirana i kao crta ličnosti, pri čemu se isključivo misli na impulzivnu agresivnost.

Postoje brojne klasifikacije oblika agresivnosti.

A. Buss klasificira agresivnost na sljedeći način:

- 1) Fizička agresivnost-ova vrsta agresivnosti predstavlja napad pojedinca na druge pojedince ili grupu pojedinaca pomoću dijelova svoga tijela ili oružja. Posljedice napada mogu biti dvojake. Jedna je posljedica svladavanje prepreka ili otklanjanje uzroka koji nanosi štetu, a druga je posljedica nanošenje bola ili štete drugom pojedincu ili grupi pojedinaca.
- 2) Verbalna agresivnost-predstavlja verbalno ponašanje kojim se nanose štetne posljedice drugoj osobi ili nekom drugom. Može se manifestirati kao odbacivanje, prijetnja ili kritiziranje. Odbacivanje je ponašanje kojim se žrtva označava kao nepoželjna, odvratna, zla. Prijetnja je ponašanje koje se smatra zamjenom za predviđeni ili kasniji napad, predstavlja najvažnije sredstvo psihološkog rata.
- 3) Direktna agresivnost-predstavlja neposredno nanošenje boli i štete drugima i sebi.
- 4) Indirektna agresivnost-rješava problem na način da je teško prepoznati agresora. Indirektna agresivnost može biti verbalna (ogovaranje, tračevi) ili fizička (podmetajuće ponašanje).
- 5) Aktivna agresivnost-veći dio agresivnih oblika ponašanja aktivni su oblici odnosno predstavljaju nanošenje štete i bola drugim osobama ili samome sebi.
- 6) Pasivna agresivnost-u ovoj vrsti agresivnosti trenutno ponašanje žrtve nije neposredno niti direktno usmjereno prema drugome. Kada je napad pasivan obično je onome na koga je usmjeren teško dokazati njegovu agresivnu prirodu.
- 7) Heteroagresivnost-svaki agresivni oblik ponašanja usmjeren prema drugim osobama.
- 8) Autoagresivnost-agresivnost usmjerena prema samome sebi (141).

Agresivnost može biti i reakcija na izloženost zlostavljanju u obitelji, može biti odgovor na zastrašujuća zbivanja i pomaže djetetu da pokrene misli i aktivnosti na preživljavanje.

Svi stupnjevi agresivnosti (nisko, srednje, visoko) a koji su prisutni kod agresivnog oblika ponašanja, su povezani sa povećanim rizikom od autodestruktivnog ponašanja i suicidalnosti. Također je dokazano da osobe koje su češće sklone samoozljeđivanju, imaju i viši stupanj agresivnosti i impulzivnosti. Kod pacijenata sa kliničkim obilježjima depresivnog poremećaja pokazano je da u slučaju smanjenja agresije dolazi do porasta suicidalnog ponašanja (142).

Samoozljeđivanje kao oblik autodestruktivnog ponašanja je čest kod adolescenata sa Tourette sindromom, a u uskoj je vezi sa impulzivnosti i kontroli impulzivnog ponašanja. Blaži ili umjereni oblik samoozljeđivanja kod ovih je pacijenata najčešće u vezi sa opsesivno-kompulzivnim obrascima u ponašanju i agresijom. Kod težih oblika samoozljeđivanja, najčešće je poremećena ravnoteža u reguliranju impulzivnog ponašanja i kontrole agresivnosti (143).

Anksioznost i impulzivno ponašanje se često opaža kod adolescenata oba spola sa autodestruktivnim ponašanjem i često je snažno povezano i sa suicidalnim rizikom. Ljutnja i nedavno „loše“ raspoloženje ukazuju na rizik od nasilnog ponašanja, dok je anksioznost negativno povezana sa nasilnim ponašanjem. Impulzivnost i impulzivno ponašanje je prepoznato kao ključni čimbenik za procjenu pojave suicidalnog ponašanja kod adolescenata i kod odraslih pacijenata (77, 78).

Adolescenti i adolescentice s poremećajima prehrane češće imaju izražene smetnje u kontroli impulsa i agresije, vrlo često se samoozljeđuju (144, 145).

Ljutnja i agresivnost, naročito autoagresivnost je izražena i kod bulimičnih i kod anoreksičnih adolescentica (20, 146).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da se 37% adolescenata sukobilo sa nastavnikom unatrag šest mjeseci, s vršnjacima 50,5% ispitanika, s policijom 27,5% ispitanika. Značajno je više muških ispitanika koji su se sukobili s vršnjacima unazad šest mjeseci. Razlika je statistički značajna.

Policijska intervencija je bila potrebna najviše zbog krađe kod 43,75% ispitanika, a kao ostale razloge policijske intervencije adolescenti su naveli sljedeće: opijanje na javnom mjestu, nasilno ponašanje u školi, posjedovanje ili konzumiranje psihostimulirajućih tvari, skitnja. Sudska mjera izrečena je 6,7% ispitanika od čega od čega više kod ispitanika muškog spola.

Čak 33% ispitanika se redovito samoozljeđuje, 21,1% se ponekad samoozljeđuje. Značajno je više djevojaka koje se samoozljeđuju u odnosu na muške ispitanike. Razlika je statistički značajna.

U našem radu verbalnu agresiju ispoljava 57,4%, najčešće u obliku personalnih uvreda ili korištenjem psovki. 30% ispitanika jasno prijeti nasiljem sebi ili drugima. Nema razlike u odnosu na spol.

Fizičko nasilje prema sebi češanjem ili grebanjem svoje kože, udaranjem, čupanjem kose ili nanošenjem boli bez ozljeda čini 31,2% ispitanika; udara glavu, udara šakom po predmetima, baca se na pod ili si čini manje ozljede 19,3% ispitanika. Čini manje posjekotine, opekotine ili modrice što vidno oštećuju kožu 24,8% ispitanika, češće ispitanice ženskog spola. Razlika je statistički značajna.

Lupa vratima, kida odjeću ili čini nered u nastupu bijesa 34,3% ispitanika; baca predmete, udara o namještaj bez stvaranja oštećenja, udara se o zid 22,2% ispitanika; lomi predmete ili razbija prozore 13,1% ispitanika, a 6,5% ispitanika je potpalilo razarajuću vatru ili je oštetilo vrijednu imovinu. Nije dokazana razlika po spolu.

Fizičko nasilje prema drugima iskazuje se i prijetećim gestama zamahivanja prema drugima ili kidanje odjeće drugim ljudima u nastupu bijesa, što čini 25% ispitanika; udario je ili gurnuo ili vukao nekoga za kosu ali bez ozljeđivanja čak 8% ispitanika; 19 17,4% ispitanika je napalo nekoga uzrokujući tjelesnu ozljedu ili je prijetilo opasnim oružjem; 8,3% ispitanika je napalo nekoga uzrokujući tešku tjelesnu ozljedu (prijelom kosti, unutrašnje povrede. Nije dokazana razlika po spolu.

Neki od oblika heteroagresivnog ponašanja uglavnom pokazuje veći broj adolescenata sa autodestruktivnim oblicima u ponašanju, uglavnom muškog spola. Muški adolescenti su

češće bili zakonski kažnjavani u odnosu na ženske ispitanice. Razlika s obzirom na spol je statistički značajna.

Adolescentice ženskog spola se češće samoozljeđuju u odnosu na adolescente. Razlika je statistički značajna i uglavnom pohađaju gimnaziju. Razlika je s obzirom na vrstu škole također statistički značajna

Stručna sprema oca, loš uspjeh u školi i loš ekonomski status obitelji također utječu na pojavu agresije kod adolescenata.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da su kod adolescenata sa autodestruktivnim oblicima ponašanja sve vrste agresivnosti i ukupna agresivnost povišene.

Možemo zaključiti da agresivnost kao osobina ličnosti je značajan čimbenik rizika za pojavu suicidalnog ponašanja i za razvoj ostale psihopatologije u adolescenciji.

Adolescenti su skloniji izražavanju otvorene agresije kroz sukobe sa osobama koji im predstavljaju autoritete (roditelji, nastavnici, policija) ili u sukobima sa vršnjacima, dok su adolescentice sklonije izražavanju agresije i impulzivnosti kroz samoozljeđivanje ili kroz verbalnu agresiju, odnosno fizičku agresiju prema sebi.

5.9. UTJECAJ DEPRESIVNOSTI, ANKSIOZNOSTI I OPĆE PSIHOSOCIJALNO FUNKCIONIRANJE

Anksiozni poremećaji su najčešći psihijatrijski poremećaji u djece i adolescenata i uzrokuju znatne poteškoće i oštećenja. Veliki broj takve djece ne dobije zadovoljavajući oblik liječenja, što dovodi do pogoršanja stanja i do razvoja velikog depresivnog poremećaja, konzumiranja i zlouporabe psihoaktivnih tvari, lijekova, a ponekad i do suicida (147).

Brojna istraživanja govore u prilog povezanosti niskog samopoštovanja, niskog samopouzdanja i osjećaja nesigurnosti sa pojavnošću samozljeđivanja i autodestruktivnog ponašanja kod ženskih adolescenata. Najčešće se javlja kao rezanje oštrim predmetima (žilet, nožići, staklo), a rjeđe kao samootrovanje lijekovima ili alkoholom. Rizični čimbenici kod djevojaka su konzumiranje alkohola, razvod roditelja, neslaganje s

roditeljima, seksualno zlostavljanje, podatak o samoozljeđivanju u drugih članova obitelji i sl. Te djevojke su imale značajno viši stupanj anksioznosti i impulzivnog ponašanja u odnosu na normalnu populaciju (25).

Činjenica je da je sve više adolescenata depresivno. Oko 3-5% djece i adolescenata je u anamnezi imalo depresivnu epizodu ili kliničku sliku velikog depresivnog poremećaja. Depresivno stanje utječe na njihov rast i razvoj, uspjeh u školi, na odnose unutar obitelji, na odnose sa vršnjacima i često može završiti i pokušajem suicida. Neki od rizičnih čimbenika mogu biti: pozitivna obiteljska anamneza o depresivnom poremećaju, ženski spol, podatak o zanemarivanju ili zlostavljanju u ranom djetinjstvu, stresni životni događaji i okolnosti, kronične bolesti, hormonalne promjene u pubertetu, uporaba određenih lijekova kao isotretinoin za kožne promjene, pušenje, hiperaktivni poremećaj, smetnje učenja i ponašanja, anksiozni simptomi i sl. Uz depresiju kod adolescenata je česta pojava konzumiranja alkohola i psihoaktivnih tvari ili uzimanje lijekova bez dozvole ili nadzora stručnih osoba. Adolescenti koji imaju lošu podršku od obitelji, poremećene odnose sa roditeljima ili nepotpunu primarnu obitelj imaju viši rizik od suicidalnog ponašanja odnosno da počine suicid, ali su i skloniji drugim oblicima autodestruktivnog ponašanja (148).

Među studenticama sa pozitivnom anamnezom o autodestruktivnom ponašanju u razdoblju adolescencije, emocionalna inhibiranost i snižena razina pozitivnih emocija je udružena sa stalnim ponavljanjem takvog ponašanja (39).

Depresivne adolescentice su prema većini istraživanja sklonije autodestruktivnom ponašanju i samoozljeđivanju kao i pokušaju suicida. Istraživanja potvrđuju da dolaze iz obitelji koje ne pokazuju dovoljnu brigu i podršku, češće su sklone konzumiranju alkohola u usporedbi sa nedeprativnim adolescenticama. Također adolescentice koje se samoozljeđuju i pokušale su suicid depresivnije su i više anksiozne u usporedbi sa onima koje se samoozljeđuju što ukazuje na veliki utjecaj depresivnosti na rizik od suicida (149, 150).

U istraživanjima provedenim među mladima u Americi dobiveni su rezultati prema kojima je 18% depresivnih adolescenata povremeno uzimalo lake droge, a njih 7% barem jednom tjedno pije alkohol (151).

U nekim drugim istraživanjima pojava depresivnosti i depresivnog poremećaja među djecom i adolescentima je bila do 24,7%, sa značajno većim udjelom među djevojkama (48,2%) u usporedbi sa dječacima (152).

Muški adolescenti koji se samoozljeđuju imaju probleme u stvaranju stabilnih, čvrstih i sretnih veza sa drugim osobama. Često se javlja kao reakcija na socijalno okruženje koje ih izolira i osuđuje, odnosno stigmatizira. Socijalno stigmatizirani adolescenti imaju slabije vještine u savladavanju svakodnevnih poteškoća u odnosima sa drugima, imaju nisko samopoštovanje i osjećaj vlastite nesigurnosti, potencirano i nerazumijevanjem i odbacivanjem unutar i vlastite obitelji (153).

Adolescentice sa poremećajem prehrane često opisuju narušen odnos sa majkom, njihove obitelji su slabije povezane, odnosi unutar obitelji su napetije u usporedbi sa zdravom populacijom (154).

U našem istraživanju rezultati na skali anksioznosti pokazuju da najveći broj ispitanika ponekad osjeća nestabilnost i nesigurnost. Strah od gubitka kontrole gotovo nikad nema većina ispitanika, ali strah od umiranja često postoji kod 10,1% ispitanika. Većina osjeća ponekad vrućinu, drhtanje ruku i klecanje nogu. Poteškoće s disanjem veći dio ispitanika, gotovo nema. Poteškoće s probavom ili nelagodu u trbuhu najveći dio ispitanika također gotovo nema. Veći dio ispitanika se žali na osjećaj klonulosti, užarenost lica i pojačano znojenje. Raspodjela odgovora po spolu nije statistički značajna.

S obzirom na stupanj anksioznosti veći dio ispitanika opisuje blagu anksioznost ili umjerenu anksioznost. U grupi s umjerenom anksioznosti najveći broj ispitanika se samoozljeđuje. Dokazana je statistički značajna razlika u tome ozljeđuju li se ispitanici češće ili ne u ovisnosti o stupnju anksioznosti.

S obzirom na stupanj anksioznosti veći dio ispitanika opisuje blagu anksioznost ili umjerenu anksioznost. U grupi s umjerenom anksioznosti najveći broj ispitanika se samoozljeđuje. Dokazana je statistički značajna razlika u tome ozljeđuju li se ispitanici češće ili ne u ovisnosti o stupnju anksioznosti.

S obzirom na dobivene odgovore ispitanici su raspoređeno u odnosu na stupanj depresivnosti. Blagu depresiju ima 21,3%, a umjerenu depresiju 25% ispitanika. Jaka depresija izražena je 23,1% ispitanika. Ukoliko na tvrdnjama pesimizam i suicidalne misli,

ispitanici imaju zbroj bodova veći od 2 postoji trenutni suicidalni rizik. 11,1% ispitanika su zadovoljila taj kriterij. dokazana razlika s obzirom na spol.

U grupi ispitanika sa blagom depresijom najveći broj ispitanika je već imao pokušaj suicida. Razlika po broju pokušaja suicida u odnosu na stupanj depresije također je statistički značajna.

Adolescenti sa depresivnom simptomatologijom su skloniji suicidalnom ponašanju i riziku od suicida. Rezultati našeg istraživanja pokazuju također da većina depresivnih adolescenata dolazi iz obitelji sa lošijim socioekonomskim statusom. Razlika je statistički značajna.

U našem smo istraživanju pokazali da se intenzitet depresivnosti, osjećaj gubitka vrijednosti, osjećaj bezvrijednosti i gubitak energije češće javlja kod ispitanica ženskog spola koje pokazuju neki oblik autodestruktivnog ponašanja. Većina depresivnih adolescenata dolazi iz obitelji sa lošijim socioekonomski statusom.

Također, rezultati istraživanja pokazuju da su adolescenti koji su skloni autodestruktivnim oblicima ponašanja depresivniji, znatno više tužni, češće se osjećaju bezvrijednim, imaju osjećaj krivnje, češće su nezadovoljni sobom, osjećaju promijene u spavanju i imaju promjene apetita.

5.10. KOMORBIDNI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI KOD AUTODESTRUKTIVNIH OBLIKA PONAŠANJA

U našem je istraživanju procjenjivana i učestalost dijagnoze nekog od psihijatrijskih poremećaja prema DSM-IV klasifikaciji duševnih poremećaja kod adolescenata sa autodestruktivnim oblicima ponašanja, a mogu biti rizični čimbenik za rizik za autodestruktivnosti u adolescenciji.

Rezultati istraživanja ukazuju da najveći broj ispitanika je kao komorbidnu dijagnozu imao poremećaj u ponašanju.

Prevalencija poremećaja u ponašanju je do 14%, a značajno je veća zastupljenost kod muškog spola. Čest je komorbiditet s depresijom i drugim psihijatrijskim poremećajima.

Agresivni tip poremećaja u ponašanju počinje rano u djetinjstvu, a neagresivni je češći u adolescenciji. Najčešće se javlja kao bježanje od kuće, zlouporaba odnosno konzumiranje psihoaktivnih tvari, lijekova, alkohola i sl.

Poremećaji ponašanja u adolescenata mogu biti prvi znak, ali i često prekrivaju veliki broj ozbiljnih psihijatrijskih poremećaja, uključujući i autodestruktivne oblike ponašanja. U etiologiji se naglašava uloga biokemijskih, genetičkih, fizioloških faktora, psihičke bolesti roditelja, fizičkog zlostavljanja i neuroloških poremećaja (155).

Kriteriji za poremećaj u ponašanju:

Prema DSM-IV klasifikacijskim kriterijima poremećaji ponašanja su opisani kao poremećaji s prkošenjem i suprotstavljanjem (najveći dio problematičnog ponašanja se događa kod kuće) i poremećaji ophođenja (antisocijalno ponašanje je prisutno i u školi i u drugim područjima funkcioniranja). Poremećaj ponašanja može biti dijagnosticiran kada dijete ili adolescent ima ozbiljne smetnje ponašanja s agresivnim ili neagresivnim ponašanjem protiv ljudi, životinja ili imovine. Poremećaj ponašanja je model ponašanja, a ne izolirani incident kojim se krše osnovna prava drugih i društvene norme. Poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem često prethodi poremećaju ophođenja.

Unazad 12 mjeseci moraju biti prisutna tri ili više obrasca ponašanja ponuđenih u kriterijima, a unazad 6 mjeseci barem jedan od navedenih obrazaca ponašanja za dijagnozu poremećaja u ophođenju:

1. Agresija u odnosu na ljude ili životinje: često nasilje, prijetnje ometanje drugih, često izbjegavanje fizičkih sukoba, korištenje predmeta kojima se mogu nanijeti drugima ozbiljne povrede (cigla, nož, razbijena boca, oružje), fizička okrutnost među ljudima, fizička okrutnost prema životinjama, pljačke, ucjene, razbojstvo, prisiljavanje druge osobe na seksualne aktivnosti.
2. Uništavanje imovine: podmetanje požara s ciljem nanošenja ozbiljne štete, namjerno uništavanje tuđe imovine.
3. Prijevvara ili krađe: provale u tuđu kuću, zgradu ili automobil, laganje, prijevare, krađe bez suočavanja sa žrtvom.
4. Ozbiljna kršenja pravila: često ostajanje noću vani, unatoč roditeljskim zabranama s početkom prije 13. godine, bježanje iz kuće u roditeljskom domu preko noći najmanje dva puta ili jednom bez povratka kroz duže razdoblje, bježanje iz škole, izbjegavanje školskih obaveza (19).

Poremećaji ponašanja u adolescenata mogu biti prvi znak ili mogu prekriti veliki broj ozbiljnih psihijatrijskih poremećaja, a posebno je potreban nadzor nad agresivnim adolescentom koji često može biti i psihotičan, često skrivaju svoje paranoidne sumanutosti (bolje biti zločest nego lud).

Beauchaine navodi da je samoozljeđivanje povezano i sa rizikom od razvoja graničnog poremećaja osobnosti u odrasloj dobi, odnosno kroničnog i teško izlječivog psihičkog stanja koje karakterizira impulzivno ponašanje, problemi u samoregulaciji osjećaja, učestale promjene u raspoloženja i visoka stopa samoubojstava.

Naime, samoozljeđivanje je jedan od čimbenika rizika za pokušaj suicida u kasnijoj dobi. Na upit zašto tako reaguju, adolescenti najčešće odgovaraju da im takvo ponašanje pomaže u reguliranju osjećaja, negativnih emocija, uključujući bijes, tugu, i osjećaj odbačenosti. Ta funkcija reguliranja osjećaja može se pojavljivati zato što ozljede potiču izlučivanje endogenih opioda, kemijskih spojeva koje tijelo proizvodi kako bi smanjilo bol. U ponavljanim epizodama samoozljeđivanja, sustav izlučivanja kemijskih tvari postaje učinkovitiji u smanjenu psihičke i fizičke boli.

Samoozljeđivanje je popularno kod adolescenta sa određenim psihičkim poteškoćama, naročito kod djevojaka sa dijagnosticiranim posttraumatskim stresnim poremećajem i koje su dodatno traumatizirane i depresivne. Njihovi roditelji često imaju određene psihijatrijske probleme koji zahtijevaju nadzor i liječenje.

Veliki depresivni poremećaj pogađa 3 do 5 % djece i adolescenata. Depresija negativno utječe na rast i razvoj, školski uspjeh, odnose s obitelji, i često mogu dovesti do suicida. Najčešći rizični čimbenici su: obiteljska povijest o depresiji, ženski spol, zlostavljanje ili zanemarivanje u djetinjstvo, kronična bolesti i drugo stresni čimbenici (148).

Posttraumatski stresni poremećaj je ozbiljan zdravstveni problem i predstavlja također čimbenik rizika sa autodestruktivna ponašanja, posebno kod adolescentica koje se još dodatno i samoozljeđuju (157).

Postoje dokazi o utjecaju gladovanja na pojavu određenih mentalnih poteškoća, pa tako i pojave autodestruktivnosti kod adolescenata koji se liječe od posljedica određenog traumatskog iskustva odnosno s dijagnosticiranim posttraumatskim stresnim poremećajem različite etiologije. Samoozljeđivanje ili samorezanje je vrlo često popularno među

adolescenticama koje su već u psihijatrijskome tretmanu radi nekog poremećaja ili pate od posljedica PTSP-a. Te adolescentice su češće traumatizirane, depresivnog raspoloženja, opisuju ozbiljne poteškoće u emocionalnim odnosima i slabije razvijene mehanizme samokontrole. Roditelji takvih adolescentica su često u tretmanu psihijatra radi nekog psihijatrijskog poremećaja ili imaju određene psihičke poteškoće. Prevencija ovakvog ponašanja bi trebala biti usmjerena na poboljšanje mehanizama samokontrole ponašanja, strategija u rješavanju određenih problema i smanjivanju emocionalnih stresnih situacija (156, 158, 159, 160).

Poremećaji ličnosti i autodestruktivno ponašanje su česti kod adolescentica sa poremećajem prehrane po tipu bulimije. Klaster C poremećaja ličnosti je kod bulimičnih pacijentica povezan sa kompulzivnim obrascem autodestruktivnog ponašanja, naročito kod purgativnog tipa bulimije. I temperament bi mogao imati određenu ulogu. Kod adolescentica sa poremećajem prehrane dokazana je pozitivna veza između autodestruktivnog ponašanja i zlouporabe alkohola, razvoda roditelja, seksualnog zlostavljanja, anksioznosti i impulzivnog ponašanja (25, 161, 162)

Autodestruktivnost je česta pojava kod prve neliječene psihotične reakcije u adolescentnom razdoblju, naročito kod muškog spola, bolesnika iz lošijih socioekonomskih slojeva, depresivnih bolesnika ili kod onih koji imaju duža razdoblja neliječene psihotične epizode. Bolesnici koji imaju boljim uvid u svoje stanje skloniji su samoozljeđivanju kod prve neliječene psihotične reakcije (163). Samoozljeđivanje je često snažan predkazatelj suicida kod mlađih schizofrenih bolesnika (164).

Samoozljeđivanje se javlja i kod oko 15% adolescenata rane faze koji imaju smetnje učenja ili ozbiljnu mentalnu retardaciju, dok u kasnijoj fazi adolescencije se češće javlja među ženama koje pate od poremećaja prehrane (anoreksija nervoza, bulimija nervoza) (165).

U našem smo istraživanju u 41,51 % ispitanika kao komorbidnu dijagnozu dijagnosticirali poremećaj u ponašanju, u 18,87% ispitanika depresivnu epizodu, u 8,49% anksiozno-depresivni poremećaj, u 7,55% ispitanika poremećaj u emocijama i u 4,72% ispitanika psihotičnu reakciju.

U našem istraživanju komorbidnih psihijatrijskih poremećaja kao čimbenika rizika za autodestruktivno i heterodestruktivno ponašanje u adolescenciji, rezultati pokazuju da je najvećim dijelom poremećaj u ponašanju, anksiozni poremećaji i depresivni poremećaji značajni čimbenici rizika za autodestruktivno ponašanje i suicidalno ponašanje među adolescentima.

5.11. KONZUMIRANJE ALKOHOLA I DRUGIH PSIHOAKTIVNIH TVARI, PUŠENJE, UZIMANJE LIJEKOVA BEZ NADZORA

Naše je istraživanje bilo usmjereno na pokušaj procjene konzumiranja alkohola i drugih psihoaktivnih tvari kao i uzimanja lijekova bez nadzora, a kao mogućih čimbenika rizika za autodestruktivnost u adolescenciji.

Alkohol je droga iz skupine stimulatora koja mijenja ponašanje konzumenta, ovisno o popijenoj količini i reakciji osobe na vlastitu opijenost. Osim što značajno narušava zdravlje još uvijek krhkoga organizma mladog čovjeka, učestalo pijenje alkohola razvija ovisnost koja se nastavlja i u odrasloj dobi. Uživanje alkohola duboko je ukorijenjeno u našoj kulturi. Uživaju ga ne samo odrasli već u velikom broju mladi, čak i djeca.

Zloupotreba opojnih sredstava, psihostimulirajućih sredstava, marihuane, raznih lijekova je u stalnom porastu među adolescentnom populacijom u svijetu pa tako i kod nas. Javlja se često kao reakcija na nepovoljne životne okolnosti (bijeg od složene obiteljske situacije, nezaposlenost), pritisak od strane škole s kojim se sve teže nose, prekid emocionalne veze, potreba za eksperimentiranjem ili osjećaj pripadnosti grupi vršnjaka i sl. Mogući rizični čimbenici su: biologijska i genetska predispozicija, osobine ličnosti podložne utjecaju drugih, druga psihijatrijska bolest, problemi u odnosu sa roditeljima (antisocijalno ponašanje, loša komunikacija, zloupotreba droga), socioekonomske okolnosti, osjećaj pripadnosti tzv. „rave“ kulturi i sl (3).

Razlozi su vjerojatno svugdje isti: običaji, želja za brzim promjenama raspoloženja, žudnja za nečim boljim od obične svakodnevnice, želja za bijegom od stvarnosti ili bijegom od sebe samog, naročito u teškim situacijama. Alkoholizam nije nasljedna bolest, ali mladi i djeca piju „nasljeđujući“ naviku pijenja od roditelja ili svoje okoline (166,167).

Strandheim i suradnici su istraživali konzumiranje alkohola među mladima u Norveškoj. Dobiveni rezultati pokazuju da 80% adolescenata u dobi od 13 do 19 godina barem jednom je probalo alkohol, a 57 % ih se barem jednom otrovalo alkoholnim pićima. Djevojke koje su češće konzumirale alkohol ili su u više navrata se otrovale alkoholom, češće su bile i anksiozne i depresivne (168).

Konzumiranje alkohola i pušenje su veliki problem među mladima u Japanu. Među srednjoškolskom populacijom učenika u Japanu, čak 58 do 76.0% učenika je izjavilo da je probalo alkohol i 17.7 odnosno 45.0% učenika je izjavilo da puši. Dokazana je pozitivna korelacija između alkoholizma i pušenja u Japanu i loše podrške unutar primarne obitelji (169). Poelen i suradnici su na uzorku od 2994 adolescenata u Danskoj pokazali da 20% muških adolescenata i 5% ženskih adolescenata je sklono pojačanom konzumiranju alkoholnih pića i različitim oblicima rizičnog ponašanja pod utjecajem alkohola: nasilje, vožnja u pijanom stanju, samoozljeđivanje, rizično seksualno ponašanje, problemi u školi i sl. (170). Konzumiranje alkohola je često povezano sa određenim psihijatrijskim poremećajima kao: poremećaji pažnje, hiperaktivnost, depresija, anksioznost, suicidalno ponašanje (171, 172, 173).

Iskustvo je pokazalo da konzumiranje alkohola često pogoršava agresivno ponašanje u adolescenata rane faze adolescencije ali i agresivnost često može biti čimbenik rizika za ovisnost o alkoholu. Pretpostavlja se da osjećaji agresivnosti i bespomoćnosti kao posljedicu imaju "bijeg" u alkohol, a alkohol pojačava agresivno ponašanje i često je odgovoran za suicidalno ponašanje kod mladih (174).

Prateći skupinu adolescenata u dobi od 12 do 17 godina, bez obiteljskog nadzora i sklonih skitnji i bježanju od kuće, Sibthorpe i suradnici su 1995. godine u svom istraživanju uočili da većina ima i pojačanu sklonost konzumiranju alkohola. Istraživanje naglašava da je ova populacija ugrožena i drugim rizičnim čimbenicima: žrtve su psihičkog nasilja u djetinjstvu, seksualno su zlostavljani u djetinjstvu, sklone su pokušajima suicida. Pojačanu sklonost alkoholu istraživači objašnjavaju i negativnim socijalnim utjecajem: nedostatak roditeljske i društvene kontrole, laka dostupnost alkohola, društvena tolerancija pijenja alkohola, reklamiranje alkohola, a sve vodi dezinhibiciji mladih i nesposobnosti da se odupru negativnim utjecajima (176).

Zlouporaba alkohola i komorbidni depresivni poremećaj su često čimbenik rizika rizik za suicidalno ponašanje, ponavljanje pokušaja samoubojstva i na kraju i samog suicida. Depresivni adolescenti koji konzumiraju alkohol imaju viši stupanj agresije, impulzivni su, češće su pušači u usporedbi sa depresivnim adolescentima koji ne konzumiraju alkohol (177).

Konzumiranje alkohola je sve veći problem među adolescenticama globalno. Kao rizični čimbenici brojna istraživanja navode narušeni odnosi unutar obitelji, narušen odnos na relaciji dijete-roditelj, starija dob, loš uspjeh u školi, depresija, alkoholizam majke. Protektivni čimbenici bi mogli biti: jasna roditeljska pravila oko konzumiranja alkohola, roditeljska uključenost u događanja oko adolescenta, dobra komunikacija između majke i adolescentice (178).

Adolescenti čiji roditelji puše ili konzumiraju psihoaktivne tvari imaju povećani rizika da i sami pokazuju takvo ponašanje (179).

Hawkins i suradnici su izdvojili rizične čimbenike za takvo ponašanje među adolescentima: laka dostupnost psihoaktivnih tvari, ekonomska deprivacija društva i obitelji, loš zakonski sustav koji omogućuje laku dostupnost, određene crte ličnosti (agresivnost), poremećaj u ponašanju, pozitivna obiteljska anamneza s obzirom na alkoholizam i narkomaniju, hiperaktivnost, obiteljski problemi, slaba povezanost među članovima obitelji, loš uspjeh u školi, utjecaj društva, rani početak uzimanja psihoaktivnih tvari (180).

Istraživanje provedeno u Norveškoj i Engleskoj na uzorku od 9800 adolescenata je pokazalo da adolescenti koji konzumiraju kanabis češće se samoozljeđuju i češće razmišljaju o suicidu u usporedbi sa onima koji ne konzumiraju kanabis (181).

Mlade depresivne osobe traže u sredstvima ovisnosti olakšanje i pokušavaju se osjećati bolje, kao i oni koji se samoozljeđuju. Nadaju se da će se depresija smanjiti ako uzmu sredstvo ovisnosti. Uzimanjem sredstava ovisnosti stvara se privid socijalne pripadnosti i zajedništva, koji je obično veliki problem među depresivnim osobama. Socijalne vještine i postizanje popularnosti među vršnjacima prestaje biti presudno, jer se to “nadmještava”

kroz zajedničke ovisničke aktivnosti. Zloupotreba psihoaktivnih sredstava ponovno za posljedicu ima depresivno raspoloženje, ali s vremenom više ne ispunjava željenu funkciju i adolescent shvati da je socijalna mreža stvorena na ovakav način privid socijalne pripadnosti i prijateljstva, da je osjećaj zrelosti i cool izgled koji imaju kada uzimaju psihoaktivne tvari čista iluzija. Takva spoznaja vrlo često pogoršava rizik od suicida (182).

Zadnjih godina je primijećen znatan porast pušenja među adolescentima. Pojedina istraživanja govore u prilog povezanosti traumatskih iskustava u djetinjstvu i ovisnosti o pušenju među mladima (183).

U Okvirnoj konvenciji Svjetske zdravstvene organizacije za kontrolu duhana posebna se zabrinutost izražava u odnosu na pušenje i druge oblike uporabe duhana u dječjoj i adolescentnoj dobi diljem svijeta. Pušenje cigareta započinje najčešće u ranoj adolescenciji i većina adolescenata prvi put popuši cigaretu prije završetka srednje škole. Jedan od najvažnijih čimbenika započinjanja pušenja je to što se pušenje doživljava kao zrelost i odraz nezavisnosti. Za početak navike pušenja u mladima od najvećeg značaja su utjecaj vršnjaka i roditelja, ali i starije braće i sestara (184,185).

Pokazalo se da su pušači u adolescenciji pod većim rizikom i za konzumiranje alkohola i psihoaktivnih tvari u odnosu na nepušače (186).

U istraživanju Zagrebačke pivovare o konzumiranju alkohola među maloljetnicima u sklopu kampanje "Razmisli", prve kampanje o odgovornom konzumiranju alkohola, čak 63 posto adolescenata u dobi od 13 do 17 godina konzumira alkohol, najčešće njih 81% piju pivo, 70.4% vino, a zatim slijede žestoka alkoholna pića. Zabrinjavajuće je da čak 46 posto mladih alkohol konzumira uz odobrenje i znanje roditelja. Sklonost konzumiranju alkohola raste s dobi, pa tako među trinaestogodišnjacima nalazimo 30 %, a među sedamnaestogodišnjacima čak 85 % konzumira alkohol. Alkohol najčešće konzumiraju u društvu vršnjaka (78.6%), češće maloljetnici iz urbanih sredina. Samo njih 15% prepoznaje utjecaj alkohola na vlastito ponašanje, ostatak tu vezu uglavnom minimalizira (187).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da alkohol konzumira 29,4% ispitanika, više adolescentica u odnosu na adolescente. Cigarete konzumira 35,8% ispitanika. Psihoaktivne tvari ponekad i stalno koristi manji broj ispitanika, uglavnom marihuanu.

Konzumiranje alkohola i cigareta ispitanici su započeli su najčešće poslije 14. godine života, alkohol njih 46,8% a cigarete njih 50%. Prije 10. godine života počelo je konzumirati alkohol i pušiti 3,2% ispitanika.

Čak 16,3% ispitanika koristi lijekove bez dozvole odnosno nadzora odraslih, od čega značajno više ispitanica ženskog spola, njih 21%. Ponekad koriste lijekove bez dozvole 35,6% ispitanika i tu značajno više ispitanici ženskog spola, njih 43,5%.

Razlika s obzirom na spol je statistički značajna.

Rezultati našeg istraživanja potvrđuju da su adolescenti u skloni konzumiranju alkohola, pušenju, konzumiranju psihoaktivnih tvari i uzimanju lijekova bez dozvole odnosno nadzora odraslih osoba. Većina adolescenata sa ovisničkim ponašanjem započinje krajem rane faze adolescencije i početkom srednje faze adolescencije kada su zapravo i najviše pod utjecajem vršnjačkih skupina.

Značajno više adolescentica konzumira alkohol i lijekove bez dozvole odnosno nadzora odraslih osoba u odnosu na adolescente. S obzirom da su rezultati našeg istraživanja pokazali da su adolescentice sklonije autodestruktivnim oblicima ponašanja samoozljeđivanjem i uzimanjem lijekova bez nadzora ili dozvole odraslih, alkohol i konzumiranje lijekova bi mogli biti rizični čimbenik za pojavu autodestruktivnog ponašanja i suicidalnog ponašanja kod adolescentica.

5.12. PSIHIJATRIJSKE INTERVENCIJE KOD AUTODESTRUKTIVNIH PONAŠANJA

Naše je istraživanje bilo usmjereno na procjenu koliki je broj adolescenata i adolescentica sa autodestruktivnim ponašanjem zahtijevao bolničko liječenje s obzirom na težinu simptoma, odnosno koliko ih je liječeno ambulantnim putem na Kliničkom odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju. Također smo pokušali utvrditi koliki je broj zahtijevao uvođenje terapije sa lijekovima i koji su lijekovi najčešće propisivani.

Autodestruktivna ponašanja, posebno samoozljeđivanje su ozbiljna stanja koje često zahtijeva hitnu intervenciju, posebno u okolnostima pokušaja suicida.

Prva razina u pružanju pomoći su obično opće bolnice, međutim većina pacijenata danas se zbrinjava u odgovarajućim psihijatrijskim ustanovama opremljenim za hitnu i brzu intervenciju. Cilj je smanjiti ponavljanje samoozljeđivanja i poboljšati bolesnikovo funkcioniranje i kvalitetu života. Važno je osim hospitalizacije, uključiti bolesnika u kontinuirani psihoterapijski rad potpomognut kognitivno-bihevioralnim metodama i tehnikama orijentiranim uključivanju obitelji u terapijski plan (188). Ranije smo naveli kako narušena obiteljska dinamika često je uzrok ovakvog ponašanja kod mladih.

Autodestruktivna ponašanja u adolescenata često završavaju u pokušajem suicida. Svi oblici takvog ponašanja trebali bi biti pod stalnim promatranjem stručnih osoba s ciljem da se rizik od suicida svede na minimum. Pacijenti se opiru liječenju, skloni su stalnom ponavljanju određenih obrazaca u ponašanju, nisu dosljedni u mjerama koje su predviđeni terapijskim planom, pa je važno uključiti obitelj radi nadzora i poboljšanja odnosa unutar obitelji. Narušena obiteljska situacija je često „okidač“ za autodestruktivnost, posebno kod bolesnika sklonih samoozljeđivanju, a kao mehanizmu rješavanja niza stresnih situacija (189).

Važno je na vrijeme prepoznati suicidalni od ne-suicidalnog oblika samoozljeđivanja. Istraživanja su potvrdila da adolescenti koji se samoozljeđuju i nemaju suicidalne namjere su manje depresivni, imaju bolju podršku unutar obitelji, bolju razinu samopouzdanja i osjećaj sigurnosti, u usporedbi s grupom koja se samoozljeđuje, a pokušali su suicid (190). Stručnjaci naglašavaju potrebu da se uzme u obzir broj samoozljeđivanja unatrag godinu dana, s obzirom da adolescenti koji se opetovano samoozljeđuju češće su anksiozni, depresivni, češće konzumiraju alkohol i psihoaktivne tvari, izloženi su brojnim stresnim situacijama unutar obitelji i šire socijalne okoline, a često imaju i neki drugi psihijatrijski poremećaj kao: poremećaj prehrane, veliki depresivni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti i sl. Učestalost broja samoozljeđivanja utječe i na povišeni rizik od pokušaja suicida, kao i samog suicida (191).

Kognitivno-bihevioralna metoda je pokazala dobar učinak kod adolescentica koje se samoozljeđuju rezanjem i žrtve su seksualnog zlostavljanja u ranom djetinjstvu. U usporedbi s klasičnim psihoterapijskim metodama, učinak kognitivno-bihevioralnih tehnika je u smanjenju učestalosti ponavljanja samoozljeđivanja (192).

Dobra procjena liječnika obiteljske medicine i rano prepoznavanje simptoma suicidalnog ponašanja i suicida kao posljedica autodestruktivnog ponašanja je često ključan trenutak u djelovanju i liječenju ovih pacijenata (193).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da se oko 56,9% adolescenata sa autodestruktivnim ponašanjem liječe kombinacijom i bolničkog i ambulantnog tretmana. Većina ispitanika je u jednom navratu zahtijevala bolnički tretman (31,2%) , ambulantnim putem liječi se 39,4% ispitanika, a svega 3,7% ispitanika je zahtijevalo hitan bolnički prijem.

Bez farmakološke terapije je liječeno 39,4% ispitanika. 31% ispitanika je liječeno antidepresivima, međutim nije dokazana razlika u terapiji po spolu. Od antidepresiva kod 42,4% ispitanika je propisivan sertralin. Najčešće propisivani antipsihotik je risperidon kod 41,7%, olanzapin kod 29,2%, quetiapin kod 16,7%, haloperiol kod 8,3% te promazin kod 4,2% ispitanika.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da autodestruktivni oblici ponašanja zahtijevaju liječenje po psihijatru, najčešće ambulantnim putem, ali s obzirom na rizik od suicidalnih razmišljanja i suicida, često je potreban i hitan bolnički tretman.

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da su adolescenti sa autodestruktivnim ponašanjem depresivni, autoagresivni, heteroagresivni, suicidalnih razmišljanja i skloni konzumiranju alkohola, cigareta i psihoaktivnih tvari i često zahtijevaju uvođenje lijekova. Najčešće su to antidepresivi, ali zbog agresivnosti i samoozljeđivanja, i antipsihotici. Prednost u odabiru lijeka imaju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (sertralin, fluvoksamin, fluoksetin, escitalopram) i antipsihotici nove generacije s obzirom na manje neželjenih učinaka. Potreban je oprez i dobra klinička prosudba isključivo dječjeg psihijatra o potrebi uvođenja lijekova, naročito antipsihotika, s obzirom na nedostatna klinička istraživanja o uporabi lijekova u djece i adolescenata.

6. ZAKLJUČCI

1. U našem istraživanju je sudjelovalo ukupno 109 ispitanika, od čega je 42,2% ispitanika bilo muškog spola srednje faze adolescencije (15,39), a 57,8% su bile ispitanice ženskog spola također srednje faze adolescencije (15,87). Nema statistički značajne razlike po dobi.

2. U našem istraživanju je sudjelovalo ukupno 109 ispitanika od čega 42,2% ispitanika muškog spola i 57,8% ispitanika ženskog spola.

Skupine adolescenata s učestalošću autodestruktivnih oblika u ponašanju su izjednačene po spolu.

3. Adolescenti koji pohađaju srednju školu su uglavnom iz strukovnih škola, dok su adolescentice iz gimnazija. Najzastupljenije strukovne škole su: ugostiteljska, obrtnička i komercijalna škola. Od gimnazija je najzastupljenija opća. S obzirom na odabir srednje škole dokazana je statistički značajna razlika s obzirom na spol.

U našem istraživanju nismo dokazali statistički značajnu razliku po spolu s obzirom na uspjeh u školi, no poremećaji su najčešći kod adolescenata sa dobrim uspjehom u školi.

Podaci iz našeg istraživanja ukazuju da poteškoće u školi i negativan uspjeh mogu biti rizičan čimbenik za pojavu autodestruktivnog ponašanja među adolescentima.

4. Podaci iz našeg istraživanja pokazuju da struktura obitelji može biti značajan rizik za razvoja autodestruktivnosti kod adolescenata u većoj mjeri nego što je to utjecaj socioekonomskog statusa obitelji. Loši socioekonomski uvjeti u obitelji, nezaposlenost roditelja, nedostatak materijalnih sredstava za svakodnevni život mogu biti rizični čimbenik za suicidalna razmišljanja i pokušaj suicida kod adolescenata sa autodestruktivnim oblicima u ponašanju.

5. U našem istraživanju najčešći oblik autodestruktivnog ponašanja kod adolescenata je pokušaj suicida lijekovima, a zatim slijede: samootrovanje alkoholom i lijekovima, samoozljeđivanje oštrim predmetima, pokušaj suicida lijekovima i alkoholom, pokušaj suicida lijekovima i samoozljeđivanjem oštrim predmetima i anoreksija nervoza.

Adolescenti ženskog spola u našem istraživanju su skloniji samoozljeđivanju u odnosu na adolescente muškog spola. Razlika je statistički značajna.

Adolescenti ženskog spola skloniji su uzimanju lijekova bez nadzora odraslih u usporedbi sa adolescentima muškog spola. Razlika je također statistički značajna.

Najčešći oblik pokušaja suicida je samoozljeđivanje oštrim predmetima, zatim lijekovima, kombinacijom lijekova i alkohola uz samoozljeđivanja oštrim predmetom.

Poremećaj u prehrani češće imaju ispitanici ženskog spola. Nije dokazana statistički značajna razlika.

Dodatno se samoozljeđuje više ispitanika ženskog spola. Razlika je statistički značajna.

Prema rezultatima iz našeg istraživanja možemo zaključiti da su adolescentice sklonije samoozljeđivanju oštrim predmetima, češćoj zlouporabi i uzimanju lijekova bez nadzora.

U odnosu na adolescente, osim što ispoljavaju neki od oblika autodestruktivnog ponašanja, redovito se ili povremeno samoozljeđuju oštrim predmetima. Razlika po spolu je statistički značajna.

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da adolescenti muškog spola istovremeno ispoljavaju više oblika autodestruktivnih ponašanja, a ne samo jedan, imaju visoki suicidalni rizik odnosno učestala suicidalna promišljanja i pokušaj suicida prije liječničke intervencije.

6. U našem istraživanju je potvrđena pretpostavka da adolescenti i adolescentice koji imaju autodestruktivne oblike ponašanja su češće skloni pokušaju suicida i imaju češće suicidalna promišljanja. Ženski spol je jedan od čimbenika rizika sa suicidalnost i autodestruktivnost. Rezultati pokazuju da se osim što imaju neki od oblika autodestruktivnog ponašanja još i dodatno samoozljeđuju oštrim predmetima.

Suicidalna promišljanja i pokušaj suicida su rizični čimbenik za autodestruktivnost, ali i autodestruktivni oblici ponašanja su često rizični čimbenici za pokušaj suicida i suicid u adolescenata.

7. Adolescenti u odnosu na adolescentice imaju statistički značajno više izražene smetnje u rješavanju problema, afektivnim reakcijama, sveukupnom funkcioniranju s obzirom na poremećen odnose u obitelji i loš stav prema ocu. Razlika je statistički značajna s obzirom na spol.

U našem istraživanju je nađeno da statistički značajno više poteškoća u rješavanju problema, komunikaciji, nadzoru obiteljskog funkcioniranja imaju oni adolescenti i adolescentice čije su majke psihički bolesne ili imaju i fizičku i psihičku bolest.

Najveći broj adolescenata i adolescentica s autodestruktivnim ponašanjem doživljava odnose u obitelji poremećenima, kao i odnos sa ocem. Sličan stav imaju i njihovi roditelji. Adolescenti su češće pod utjecajem očevog ponašanja, dok psihički i fizički bolesna majka je jedan od rizičnih čimbenika za autodestruktivnost kod oba spola.

Poremećeni odnosi unutar obitelji, loša komunikacija, obiteljsko nasilje, fizičko zlostavljanje adolescenata od strane roditelja i nemogućnost rješavanja problema unutar obitelji su potencijalni rizični čimbenici za pojavnost i odražavanje autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja u adolescenata.

8. Kao vrstu stresnog događaja ispitanici u našem istraživanju najčešće navode: zlostavljanje od strane vršnjaka, sukobe unutar obitelji, tešku financijsku situaciju roditelja, smještaj izvan primarne obitelji, tešku bolest jednog roditelja, maloljetničku trudnoću, seksualno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, nasilje u obitelji, smrt roditelja slično kao što su pokazala istraživanja u svijetu.

U našem radu je dokazano da obiteljsko nasilje utječe na probleme pažnje kod muških adolescenata sa autodestruktivnim oblicima u ponašanju. Razlika je statistički značajna.

Također traumatska iskustva unutar obiteljskog okruženja, u školskom okruženju i poremećeni odnosi sa vršnjacima predstavljaju značajan čimbenik rizika za pojavu autodestruktivnosti i heterodestruktivnosti kod mladih.

9. U našem istraživanju ispitanice ženskog spola koje ispoljavaju autodestruktivna ponašanja imaju češće psihički bolesnu majku. Razlika po spolu je statistički značajna.

Kao psihičku bolest majke najčešće se navodi anksiozno-depresivni i depresivni poremećaj, od kojih je veći broj majki ženskih ispitanika, u odnosu na majke ispitanika muškog spola. Razlika nije statistički značajna.

Kod očeva je značajan udio posttraumatskog stresnog poremećaja, anksiozno-depresivnog poremećaja i alkoholizma. Većina očeva kojima je dijagnosticirana psihička bolest fizički zlostavlja adolescente, odnosno skloniji su nasilju unutar obitelji.

Najčešći psihički problemi u užoj obitelji su kod braće ili sestara adolescenata ili adolescentica. Razlika nije statistički značajna.

10. Također smo za procjenu utjecaja nasljednih čimbenika koristili skalu adolescentovog samoprocjenjivanja (Youth Self-Report) i dobiveni rezultati ukazuju da postoji značajan

utjecaj psihičke bolesti majke na određene smetnje u funkcioniranju adolescenata koji pokazuju autodestruktivne oblike u ponašanju: socijalni problemi, problemi pažnje, delikventno ponašanje i agresivno ponašanje. Razlika je statistički značajna s obzirom na spol.

Obiteljsko nasilje također utječe na poremećaj pažnje kod adolescenata koji su skloni autodestruktivnim ponašanjima. Psihička bolest majke značajno utječe i na pojavu eksternalizirajućih problema i ukupnih problema kod adolescenata. Razlika je statistički značajna.

U našem istraživanju smo pokazali da psihička bolest oca (posttraumatski stresni poremećaj, alkoholizam, nasilje, depresija, anksioznost) i u znatno većoj mjeri psihička bolest majke (anksioznost, depresija) mogu biti rizični čimbenici za pojavu autodestruktivnih oblika ponašanja u adolescenata, posebno kod adolescentica.

11. Neki od oblika heteroagresivnog ponašanja uglavnom pokazuje veći broj adolescenata sa autodestruktivnim oblicima u ponašanju, uglavnom muškog spola. Muški adolescenti su češće bili zakonski kažnjavani u odnosu na adolescentice. Razlika s obzirom na spol je statistički značajna. Adolescentice se češće samoozljeđuju u odnosu na adolescente. Razlika je statistički značajna. Adolescentice koje se samoozljeđuju uglavnom pohađaju gimnaziju. Razlika je s obzirom na vrstu škole također statistički značajna. Stručna sprema oca, loš uspjeh u školi i loš ekonomski status obitelji utječu na pojavu agresije kod adolescenata.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da su kod adolescenata sa autodestruktivnim oblicima ponašanja sve vrste agresivnosti i ukupna agresivnost povišenih vrijednosti.

Možemo zaključiti da agresivnost kao osobina ličnosti je značajan čimbenik rizika za pojavu suicidalnog ponašanja ali i za razvoj ostale psihopatologije u adolescenciji.

Muški adolescenti su skloniji izražavanju agresije kroz sukobe sa osobama koji im predstavljaju autoritete (roditelji, nastavnici, policija) ili u sukobima sa vršnjacima, dok ženske adolescentice su sklonije izražavanju agresije i impulzivnosti kroz samoozljeđivanje oštrim predmetima ili kroz verbalnu agresiju, odnosno kroz fizičku agresiju prema sebi.

12. S obzirom na stupanj anksioznosti veći dio ispitanika opisuje blagu anksioznost ili umjerenu anksioznost. U grupi s umjerenom anksioznosti najveći broj ispitanika se samoozljeđuje. Dokazana je statistički značajna razlika u tome ozljeđuju li se ispitanici češće ili ne u ovisnosti o stupnju anksioznosti.

Adolescenti sa depresivnom simptomatologijom su skloniji suicidalnom ponašanju i riziku od suicida. Rezultati istraživanja pokazuju također da većina depresivnih adolescenata dolazi iz obitelji sa lošijim socioekonomskim statusom. Razlika je statistički značajna.

U našem smo istraživanju pokazali da se intenzitet depresivnosti, osjećaj gubitka vrijednosti, osjećaj bezvrijednosti i gubitak energije češće javlja kod adolescentica koje pokazuju neki oblik autodestruktivnog ponašanja. Većina depresivnih adolescenata dolazi iz obitelji sa lošijim socioekonomski statusom

Adolescenti i adolescentice koji su skloni autodestruktivnim oblicima ponašanja su depresivniji, znatno više tužni, češće se osjećaju bezvrijednim, imaju osjećaj krivnje, češće su nezadovoljni sobom, osjećaju promijene u spavanju, imaju promjene apetita.

13. U našem istraživanju komorbidnih psihijatrijskih poremećaja kao čimbenika rizika za autodestruktivno i heterodestruktivno ponašanje u adolescenciji, rezultati pokazuju da je to većinom poremećaj u ponašanju, zatim anksiozni poremećaji i depresivni poremećaji i mogli bi biti značajni čimbenici rizika za autodestruktivno i suicidalno ponašanje.

14. Rezultati našeg istraživanja potvrđuju da su adolescenti i adolescentice skloni konzumiranju alkohola, pušenju, konzumiranju psihoaktivnih tvari i uzimanju lijekova bez dozvole, odnosno nadzora odraslih osoba. Većina adolescenata sa ovisničkim ponašanjem započinje krajem rane faze adolescencije i početkom srednje faze adolescencije kada su i najviše pod utjecajem vršnjačkih skupina.

Značajno više adolescentica konzumira alkohol i lijekove bez dozvole odnosno nadzora odraslih osoba u odnosu na adolescente. S obzirom da su rezultati našeg istraživanja pokazali da su adolescentice sklonije autodestruktivnim oblicima ponašanja samoozljeđivanjem i uzimanjem lijekova bez nadzora ili dozvole odraslih osoba, alkohol i lijekovi bi mogli biti rizični čimbenik za pojavu autodestruktivnog ponašanja i suicidalnog ponašanja kod adolescentica.

15. Rezultati našeg istraživanja pokazuju da autodestruktivni oblici u ponašanju zahtijevaju liječenje po psihijatru najčešće ambulantnim putem. S obzirom na povišen rizik od suicidalnih razmišljanja i suicida, često je potreban i hitan bolnički tretman.

Raniji rezultati su pokazali da adolescenti sa autodestruktivnim ponašanjem su: depresivni, autoagresivni, heteroagresivni, suicidalnih razmišljanja i skloni konzumiranju alkohola, cigareta i psihoaktivnih tvari i često je potrebno uvođenje psihijatrijskih lijekova. Najčešće su to antidepresivi, a zbog agresivnosti i samoozljeđivanja, i antipsihotici. Prednost u odabiru lijeka imaju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (sertralin, fluvoksamin, fluoksetin, escitalopram) i antipsihotici nove generacije (risperidon, olanzapin, quetiapin) s obzirom na manje izraženih neželjenih posljedica

Prema rezultatima istraživanja, adolescenti i adolescentice sa autodestruktivnim ponašanjima čine jednu trećinu bolesnika koji se liječe na Kliničkom odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju. U usporedbi sa provedenim istraživanjima u svijetu, to je značajno veći broj.

Također, adolescenti i adolescentice sa autodestruktivnim oblicima ponašanja su skloni razmišljanjima o suicidu kao i pokušajima suicida, u čemu značajno više prednjače adolescentice. Adolescentice značajno više se samoozljeđuju oštrim predmetima, značajno više konzumiraju lijekove bez nadzora i dozvole odraslih osoba, verbalno su agresivne, fizički češće se ozljeđuju i sklone su konzumiranju alkohola i psihoaktivnih tvari, a češće pate od poremećaja u prehrani. Zanimljivo je da je većina djevojaka koje se samoozljeđuju pohađaju gimnaziju, dok mladići koji konzumiraju alkohol, puše i skloni su čestim heteroagresivni reakcijama, uglavnom pohađaju strukovne škole. Adolescenti značajno više ispoljavaju heteroagresivne oblike ponašanja prema autoritetima, više dolaze u sukobe sa predstavnicima zakona i češće su im izrečene određene disciplinske mjere odnosno kazne.

Obje skupine ispitanika potječu iz obitelji sa narušenom komunikacijom i lošim obiteljskim odnosima, lošijeg su materijalnog statusa, češće su izloženi različitim oblicima zlostavljanja i pod nadzorom su Centra za socijalni rad. Većina ispitanika je opisala niz stresnih traumatskih iskustava koja su uglavnom vezana za obitelj, vršnjake i školsko okruženje. Uglavnom su depresivni, anksiozni, niskog samopoštovanja, osjećaju se nesigurnima, bez energije, slabo spavaju, žale se na promjene apetita, često imaju

suicidalna razmišljanja, skloni su „nihilističkim“ stavovima o životu i svojoj budućnosti uopće, žale se na odnos sa roditeljima, nezadovoljni su sa ocem, nije im ugodno unutar vlastite obitelji.

Značajno veliki dio ispitanika dolazi iz obitelji u kojima se jedan ili oba roditelja liječe po psihijatru ili imaju određeni psihijatrijski poremećaj. Psihička bolest oca utječe na pojavnost autodestruktivnosti kod muških adolescenata koji su i češće fizički zlostavljani od svojih očeva. Fizičko nasilje značajno utječe na pažnju i njihov uspjeh u školi. Psihička bolest majke značajno utječe na autodestruktivnost i suicidalna razmišljanja i kod adolescenata, ali značajno više kod adolescentica.

Ukratko, rezultati istraživanja ukazuju na potrebu da se obrati posebna pozornost na obitelj i obiteljsku dinamiku kao i na kvalitetu obiteljskih odnosa adolescenata koji su skloni određenim oblicima autodestruktivnih ponašanja. Prepoznati su određeni rizični čimbenici koji mogu utjecati na ispoljavanje autoagresivnosti i heteroagresivnosti: loš socioekonomski status obitelji, loša komunikacija između adolescenata i roditelja, nerazumijevanje, fizičko i psihičko zanemarivanje i zlostavljanje od strane roditelja, nasljedni čimbenici, iskustvo traumatskih događaja (prema našim rezultatima uglavnom su vezani uz obitelj, vršnjake i školu), konzumiranje alkohola, psihoaktivnih tvari i pušenje još u ranoj fazi adolescenciji, komorbiditet poremećaja u ponašanju, depresivnih poremećaja, anksioznosti, psihotičnih reakcija i sl.

S obzirom na visoki rizik od suicidalnih razmišljanja i suicida, važno je na vrijeme uočiti, prepoznati i pravodobno intervenirati da se rizik od smrtnog ishoda svede na minimum.

Osim dječjih psihijatara, važno je u tim uključiti i stručnjake različitih profila: liječnike obiteljske medicine, psihologe, školske pedagoge, socijalne radnike, stručnjake iz odgojno-obrazovanih ustanova, domova radi preventivnog djelovanja, ali prvenstveno organizirati edukaciju za roditelje adolescenata.

Roditelji bi trebali prvi prepoznati promjene u ponašanju adolescenata i sami promjenama svog ponašanja i određenih navika značajno mogu smanjiti rizične čimbenike koji su odgovorni za autodestruktivnost kod njihove djece. Većina današnjih preventivnih programa u prvi plan stavlja ulogu škole, vršnjaka kao i ulogu medija, a zaboravlja se da je ključ zdravog i normalnog razvoja djeteta upravo obitelj i odnosi među članovima obitelji.

7. SAŽETAK

UČESTALOST RAZNIH OBLIKA AUTODESTRUKTIVNOG I HETERODESTRUKTIVNOG PONAŠANJA KOD ADOLESCENATA I NJIHOVA KARAKTERISTIČNA OBILJEŽJA

UVOD

Cilj istraživanja je bio istražiti učestalost autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata, i istražiti je li postoje razlike s obzirom na spol i dob, kao i istražiti utjecaj niza čimbenika na pojavnost ovakvog ponašanja: odnosi unutar obitelji, socioekonomski odnosi, nasljedni čimbenici, traumatska iskustva, osobine ličnosti adolescenata, konzumiranje alkohola, psihoaktivnih tvari, pušenje, komorbidni psihijatrijski poremećaji.

ISPITANICI I METODE

u istraživanju je sudjelovalo 109 ispitanika, od čega je 46 ispitanika muškog spola srednje faze adolescencije (15,39) i 63 ispitanice ženskog spola također srednje faze adolescencije (15,87) a koji su liječeni tijekom 2009. i 2010. godine ka Kliničkom odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju, KBC Osijek. Ispitanici su bili u dobi od 11 do 18 godina. Dijagnoze smo postavili prema DSM-IV klasifikaciji bolesti. U istraživanje je bio uključen i jedan od roditelja ispitanika. Istraživanje je bilo koncipirano kao prospektivna studija. Ispitanici su popunjavali niz samoocjenskih ljestvica za procjenu vlastite agresivnosti, depresivnosti, anksioznosti, za procjenu odnosa sa obitelji, odnosa sa ocem i za procjenu internaliziranih i eksternaliziranih poteškoća. Roditelji ispitanika su ispunjavali samoocjensku ljestvicu za procjenu odnosa unutar obitelji i nestrukturirani sociodemografski upitnik s ciljem uvida u strukturu i socioekonomski status obitelji. Sve samoocjenske ljestvice su koncipirane da se zaokruži jedna od ponuđenih tvrdnji.

REZULTATI

Autodestruktivne oblike ponašanja je ispoljavalo 46 ispitanika muškog spola srednje faze adolescencije i 63 ispitanice ženskog spola također srednje faze adolescencije. Evidentno je da adolescenti oba spola su skloni različitim oblicima agresije, pokazuju veću pojavnost blage anksioznosti, veću pojavnost umjerene do teške depresije i sklonost suicidalnom

ponašanju i suicidu. Muški adolescenti češće pokazuju viši stupanj otvorene agresije i impulzivnosti, adolescentice su sklonije izražavanju verbalne agresije, impulzivnom ponašanju, samoozljeđivanju oštrim predmetima i konzumiranju lijekova bez nadzora odnosno dozvole odraslih osoba. Obje skupine su sklone konzumiranju alkohola, psihoaktivnih tvari i pušenju. Muški adolescenti imaju češća suicidalna razmišljanja, a adolescentice češće pokušavaju suicid. 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. Narušeni obiteljski odnosi, povijest traumatskih iskustava, konzumiranje alkohola i psihoaktivnih tvari, zlostavljanje od strane vršnjaka, fizičko nasilje unutar obitelji, loš socioekonomski status obitelji i narušena komunikacija sa roditeljima su prepoznati kao rizični čimbenici za ovakve oblike ponašanja. Posebno osjetljivo razdoblje prema rezultatima istraživanja je srednja faza adolescencije kada su adolescenti pod većim utjecajem vršnjaka i okoline.

ZAKLJUČAK

Rezultati provedenog istraživanja su realni pokazatelji pojavnosti autodestruktivnosti i heterodestruktivnosti među adolescentima, kao i potencijalnih rizičnih čimbenika za njihovo ispoljavanje. Rezultati istraživanja bi trebali pružiti veći osjećaj kompetentnosti roditeljima u prepoznavanju i planiranju strategija suočavanja sa ovakvim ponašanjem, ukazati potrebu da se poboljša odnos između roditelja i adolescenata, ali i stručnjacima svih profila koji su odgovorni za sprječavanje i liječenje ovakvih poremećaja.

Ključne riječi: autodestruktivnost, adolescenti, samoozljeđivanje, agresivnost

8. SUMMARY

FREQUENCY OF VARIOUS FORMS OF AUTODESTRUCTIVE AND HETERODESTRUCTIVE BEHAVIORS IN ADOLESCENTS AND THEIR CHARACTERISTIC FEATURES

INTRODUCTION

The goal of this study was to investigate the frequency of auto-destructive and hetero-destructive behavior in adolescents, and to investigate whether there were differences according to sex and age, as well as explore a number of factors influence the incidence of such behavior, family relationships, socio-economic relations, hereditary factors, traumatic experiences, personality traits of adolescents, consumption of alcohol and psychoactive substances, smoking and comorbid psychiatric disorders.

SUBJECTS AND METHODS

The study included 109 subjects, of which there were 46 male patients middle stage of adolescence (15,39) and 63 female patients, also middle stage of adolescence (15,87) and who were treated during 2009 and 2010 in a Clinical department of child and adolescent psychiatry, Clinical Hospital Center Osijek. The subjects were aged of 11 to 18 years. Diagnosis were established according to DSM-IV classification of diseases. In the study was included one of the parents of subjects. The study was designed as a prospective study. Subjects fulfilled a series of self-assessment scales for assessment of their own aggressiveness, depression, anxiety, assessment of relations with family, relationship with father and to assess internalized and externalized problems. Parents of the patients were fulfilled self-assessment scale for the assessment of relationships within family and unstructured questionnaire to insights into the structure and socio-economic status of family. All self-assessment scales are designed to round up one of our claims.

RESULTS

Self-destructive forms of behavior were manifested in 46 male patients middle stage of adolescence and 63 female patients, also middle stage of adolescence. It is evident that adolescents of both sexes tend to different types of aggression, manifest a higher incidence of mild anxiety, a greater prevalence of moderate to severe depression and tendency to

suicide and suicidal behavior. Male adolescents showed a higher degree of open aggression and impulsivity, female adolescents are more likely to express verbal aggression, impulsive behavior, self-harm by sharp objects and consumption of drugs without the supervision of parents. Both groups tend to consume alcohol and psychoactive substances and smoking. Male adolescents have more frequent suicidal thoughts and female adolescents attempt suicide more often. Mental illness of the father has greater influence on the occurrence of auto-destructive behavior in male adolescents, while mental illness of the mother has influence on both sexes. Disturbed family relationships, history of traumatic experiences, consumption of alcohol and psychoactive substances, abuse by peers, physical violence in the family, a bad socio-economic status of the family and disrupted communication with parents, were identified as a risk factors for these behaviors. Particularly sensitive period according to the results of investigation is middle stage of adolescence, when adolescents are under greater influence of peers and environment.

CONCLUSION

The results of conducted investigation are realistic indicators of the incidence of aut destructivity and hetero destructivity among adolescents, as well as potential risk factors for their expression. The results of investigation should provide a higher level of competence of parents in identifying and planning strategies of dealing coping with this behavior, to emphasize the need to improve the relationship between parents and adolescents, as well as experts of various profiles that are responsible for the prevention and treatment of these disorders.

Key words: aut destructivity, adolescents, self-harm, aggressiveness

9. POPIS LITERATURE:

1. Blos P. On Adolescence. New York 1962; Free press.
2. Hall GS. Adolescence: Its psychology and its relation to psychology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. New York: Appleton, 1904.
3. Semple D, Smyth R, Burns J, Rajan D, McIntosh A. Oxford Handbook of psychiatry. Oxford medical publications. Oxford University press; 2005. str. 572-573.
4. Freud A. The ego and the id at puberty. U: Writings of Anna Freud. The Ego and the Mechanisms of Defence. New York: International Universities Press, 1936.
5. Offer D. Adolescent turmoil. U: Esman AH, ur. The psychology of Adolescence. New York: International Universities Press, 1969; 141-54.
6. Grgin-Lacković K. Psihologija adolescencije. U: Adolescencija u kontekstu psihologijskih teorija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006, str. 29-39.
7. Muus RE. Theories of adolescence. New York: McGraw-Hill, 1996.
8. Levy-Warren M. The adolescent journey. Northvale, New Yersey, London: Jason Aronson Inc, 1996.
9. Winnicott DW. Playing and reality. London: Tavistock, 1971.
10. Rudan V. Normalni adolescentni razvoj. Medix 2004; 52:36-39.
11. Katan A. The role of displacement in agoraphobia. International Journal of Psychoanalysis 1951;32:41-50.
12. Wadeell M. Inside Lives. Psychoanalysis and the growth of the personality. Karnac, London, New York, 2002.
13. Ritvo S. Late adolescence: developmental and clinical considerations. Psychoanalytic study of the child. New York: Quadrangle Books, 1971;26:241-63.
14. Adatto CP. Late adolescence to early adulthood. U: Greenspan S, Pollock G, ur. The Course of Life. International Universities Press; 1991; 357-75.
15. Sogaard LE, Christensen CL, Bilenberg N. Self-harm in children and adolescents. Ugeskr Laegar 2009;171:2265-8.
16. Beauchaine TP, Gatzke-Kopp L, Mead HK. Polyvagal theory and developmental psychopathology: emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. Biol Psychol 2007;74:174-84.

17. Csorba J, Dinya E, Plener P, Nagy E, Pali E. Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child and adolescent psychiatry* 2009;19:309-320.
18. Skarderud F, Sommerfeldt B. Self-harm in eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009;129:877-81.
19. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Fourth Edition, DSM-IV, International version with ICD-10 Codes, Published by American Psychiatric Association, Washington, DC;, 1995.
20. Svirko E, Hawton K. Self-injuries behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37:409
21. Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thilbaut F. Self-mutilating behavior: a study on 30 inpatients: *Encephale* 2009; 35:538-43.
22. Sommerfeldt B, Skarderud F. What is self-harm? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009; 129: 754-8.
23. Hawton K. Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 25;1207-1211.
24. Black K, Asbridge M, Lea S. An overview of injuries to adolescents and young adults related to substance use: data from Canadian emergency departments. *CJEM* 2009;11: 330-336.
25. Ystgaard M, Reinhold NP, Hustby J, Mehlum L: Deliberate self-harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123: 2241-2245.
26. Hamed MS, Najavis LM; Weiss RD, Self-harm and suicidal behaviour in women with comorbid PTSD and substance dependence. *Am J Addict* 2006; 15:392-395.
27. Romuald Brunner, Peter Parzer, Johann Haffner, Rainer Steen, Jeanette Ross, Klett Martin, Franz Resch: Prevalence and Psychological Correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch pediatr Adolesc Med* 2007; 161:641-649.
28. Fliege H, Kocalevent RD, Walter OB, Back S, Gratz KL, Gutierrez PM, Klapp BF. Three assessment tools for deliberate self harm and suicide behaviour: evaluation and psychopathological correlates. *J psychosom Res* 2006;61:113-21.
29. Nixon Mary K, Cloutier P, Jansson M, Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canada leading medical Journal* 2008; 178:306-312.
30. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:339-63.

31. Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates self injury behaviour. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29:370-85.
32. Dimmock M, Grievs S, Place M. Young people who cut themselves-A growing challenge for educational settings. *British journal of special education* 2008;35:42-48.
33. Kirkcaldy BD, Brown J, Siefan RG. Disruptive behavioral disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *Int J Adolesc Med Health* 2006;18:597-614.
34. Leo de D, Heller ST. Who are the kids who self harm? An Australian self-report school survey. *The medical journal australia. MJA* 2004;181:140-144.
35. Li YM: Deliberate self-harm and relationship to alcohol use at an emergency department in eastern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23:247-253.
36. Lyskyte A, Zemaitiene N. The types of deliberate self-harm and its prevalence among lithuanian teenagers. *Medicina (Kaunas)* 2009;45:132-9.
37. Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13-to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc psychiatry psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 23-8.
38. Degmecic D, Filaković P. Depression and suicidality in the adolescents in Osijek, Croatia. *Coll Antropol* 2008;32:143.
39. Malatestinić D, Mićović V, Kender G, Baricev-Novaković Z. Assesment of psychological and social factors in adolescents risk behaviour: questionnaire study. *Croat Med J* 2005;46:81-7.
40. Ljubotina D, Galić J, Jukić V. Prevalence and risk factors of substance use among urban adolescents: *Croat Med J* 2004; 45:88-98.
41. Kuzman M, Šimetin Pavić I, Franelić Pejnović I. Može li se pušenje mladih smatrati ulaskom u svijet rizičnih ponašanja mladih. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2007;11.
42. <http://www.plivamed.net>. 31.03.2009. Hrvatski adolescenti puše i piju više od evropskog prosjeka.
43. Achenbach, TM. *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
44. Achenbach, Thomas M, Rescorla, Leslie A. *Manual for the ASEBA School-Age forms&Profiles*, Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth &Families;2001.

45. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty –five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1998;8:77-100
46. Winter LB, Steer RA, Jones –Hicks L, Beck AT: Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for primary care. *J. Adolesc Health* 1999;24: 389-394.
47. Beck AT, Steer R. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace&Company;1993.
48. Hudson WW. Index of family Hudson Relations. In:Aero R, Weiner Editors. *The mind test: classic psychological tests*. New York: William Morrow; 1981:103-6.
49. Yudofski SC, Silver MJ, Jackson W, Endicot J, Williams D: 'The Overt Agression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Agression'. *Am J Psychiatry* 1986; 143:135-39.
50. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam The* 1983; 9: 171-180.
51. Favazza Ar, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta psychiatr Scand* 1989; 79:293-9.
52. Herpetz S. Self- injurios behaviour: Psychopatological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:68.
53. Gonzales A, Kohn MR, Clarke SD Eating disorders inadolescents. *Aust Fam Physician* 2007; 36:614-9.
54. Katan A. The role of displacement in agoraphobia. *International Journal of Psychoanalysis* 1951;32:41-50.
55. Wadeell M. *Inside Lives. Psychoanalysis and the growth of the persoanality*. Karnac, London, New York;2002.
56. O'Connor R, Rasmussen S. Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The british journal of psychiatry* 2009;194:68-72.
57. Haas VK, Kohn MR, Clarke SD, Allen JR, Madden S, Müller MJ, Gaskin KJ. Body composition changes in female adolescents with anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 2009; 89:1005-10.
58. Brown LK, Houck CD, Grossman CI, Lescano CM, Frenkel JL, Frequency of adolescent self-cutting as a predictor of HIV risk. *J Dev Behav Pediatr* 2008;29:161-165.

59. Nacionalni program za mlade od 2009. do 2013. godine, Narodne novine; Klasa: 552- 01/09-02/09;2009.
60. Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychol Med* 2001;31: 827-836.
61. Dodge KA, Pettit GS, Bates JE: Socialisation mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child development* 1994;65:649-665.
62. Loeber R, Farrington DP, Stouthamer-Loeber M, Moffitt TE, Caspi A. The developmental of male offending: Key findings from the first decade of the Pittsburgh Youth Study. *Studies on Crime and Prevention* 1998;7:141-171.
63. Li YM: Deliberate self-harm and relationship to alcohol use at an emergency department in eastern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2007; 23:247-253.
64. Lam LT, Peng Z, Mai J, Jing J. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Inj Prev* 2009;15:403-8.
65. Brausch AM, Gutierrez PM, Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolesc* 2010; 39: 233-42.
66. Janis IB, Nock MK, Are self-injurers impulsive?:Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Res* 2009;169: 261-7.
67. Epstein JA, Spirito A. Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students. *Suicide Life Threat Behav* 2009;39: 241-51.
68. Hotujac Lj, Veldić M, Grubišić J. Epidemiologija suicida u republici Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija* 2001;29:32-39.
69. Stanić I. Samoubojstva mladih-velika zagonetka: Medicinska naklada Zagreb; 1999.
70. Portzky G, Van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:337-42
71. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:363-75.
72. Kocourkova J, Koutek J, Hrdlicka M. Self harm in adolescence: a girl who swallowed needles. Case report. *Neuro Endocrinol lett* 2009;30.
73. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G, Nouvion SO. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry research* 2009;169:22-7.

74. Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. Parental divorce, parental depression and gender differences in adult offspring suicide attempt. *J Nerv Ment Dis* 2009;197: 899-904.
75. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, Herzog DB. What predict suicide attempts in women with eating disorders. *Psychol Med* 2004;34:843-53.
76. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006;26:769-82.
77. Apter A, Plutchick R, Van Praag HM. Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta psychiatr Scand* 1993;87:1-5.
78. Gorlyn M. Impulsivity in the prediction of suicidal behaviour in adolescent populations. *Int J Adolesc Med Health* 2005;17:205-9.
79. Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health* 2005;17:197-203.
80. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;366:1471-83.
81. Groves SA, Stanley BH, Sher L. Ethnicity and the relationship between adolescent alcohol use and suicidal behaviour. *Int J Adolesc Med Health*. 2007; 19(1): 19-25.
82. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behaviour. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31:223-35.
83. Sher L. The concept of post-traumatic mood disorder and its implications for adolescent suicidal behavior. *Minerva Pediatr* 2008;60:1393-9.
84. Garcia C, Skay C, Sieving R, Naughton S, Bearinger LH. Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among Latino students. *J Sch Health* 2008;78:487-95.
85. Greydanus ED, Shek D, Deliberate self-harm and suicide in adolescents: Keoi J *Med* 2009;58:144-151.
86. Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:50-62.
87. Kim DS. Body image dissatisfaction as an important contributor to suicidal ideation in Korean adolescents. *J Prev Med Publ Health* 2007;40:218-226.
88. Kim DS. Body image dissatisfaction as an important contributor to suicidal ideation in Korean adolescents: gender difference and mediation of parents and peer relationships. *J Psychosom Res* 2009;66:297-303.

89. Han MA, Kim KS, Kang MG, Park J. Associations between smoking and alcohol drinking and suicidal behaviour in Korean adolescents: Korea Youth Risk Factor Surveillance, 2006. *J Prev Med Health* 2009;49:248-52.
90. McKeown, Cuffe RE, Schulz SP. US Suicide Rates by Age Group, 1970-2002: An Examination of Recent Trends. *Am J Public Health* 2006;96:1774-1551.
91. Spirito, A. & Esposito-Smythers, C. Enhancing adaptive family factors in the treatment of adolescent suicide attempters. *Italian Journal of Childhood and Adolescence psychopathology and Psychiatry* 2004;1:73-88.
92. Esposito, C. & Clum, G. The relative importance of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicide ideation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2003;32:386-395.
93. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationship between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;16.
94. Byrne S. Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychol and Psychiatry* 2008; 13:493-504.
95. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, Sillanpaa M. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study among adolescents age 3 to age 15. *J Affect Disord* 2006;93:87-96.
96. McDonald G, O'Brien L, Jackson D. Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *J Child Health Care* 2007;11:293-310.
97. Bjärehed J, Lundh LG. Deliberate-self harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther* 2008;37:26-37.
98. Strassberg Z, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE: Spanking in the home and children's subsequent aggression towards kindergarten peers. *Development and Psychopathology* 1994;6:445-461.
99. Cabrera NJ, Tamis-LeMonda S, Bradley RH, Hofferth S, Lamb ME: Fatherhood in the twenty-first century. *Child development* 2000;71:127-136.
100. Booth A, Scoot ME, King V. Father residence and adolescent problem behaviour: are youth always better off in two-parent families? *I Fam Issues* 2010;31:585-605.
101. DeGarmo DS, Reid JB, Lave LD, Chamberlain P, Knutson JF. Patterns and predictors of growth in divorced fathers' health status and substance use. *Am J Mens Health* 2010;4:60-70.

102. Blazei RW, Iacono WG, McGue M, Father-child transmission of antisocial behavior: the moderating role of father's presence in the home. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:406-15.
103. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1155-1162.
104. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers's involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr* 2008;97:153-8.
105. Johnson AO, Mink MD, Moore CG, Martin AB, Bennett KJ. Violence and drug use in rural teens; national prevalence estimates from the 2003 Youth Risk Behaviour Survey. *J Sch Health* 2008;78:554-61.
106. Yates TM, Tracey AJ, Luthar SS: Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:52-62.
107. Pillay AL, Wassenaar DR. Family dynamics, hopelessness and psychiatric disturbance in parasuicidal adolescents. *Aust NZ Psychiatry* 1997;31.
108. Richman J: Family therapy for suicidal people. New York; Springer:1986.
109. Bjärehed J, Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it and how is it associated with psychopathology, relationship variables and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther* 2008;3:26-37.
110. Haber MG, Toro P. Parent-adolescent violence and later behavioral health problems among homeless and housed youth. *Am J Orthopsychiatry* 2009;79:305-18.
111. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:641-649.
112. Jester MJ, Nigg JT, Adams K, Fitzgerald HE, Puttler LI, Wong MA, Zucker RA. Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Dev Psychopathol* 2005;17:99-125.
113. 113.Kreitler S, Kreitler H, Weissler K. Smoking, personality and gender gap. *Personality and individual differences* 1998;14:757-768.
114. Trickett, PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Negl* 2009;33:27-35.
115. Nagel DE, Putnam FW, Noll JG, Trickett PK. Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at a 1-year- follow up. *Child Abuse Negl* 199;21:137-47.

116. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Child origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1992;149:1280-1.
117. Hamed MS, Najavis LM, Weiss RD. Self-harm and suicidal behaviour in women with comorbid PTSP and substance dependence. *Am J Addict* 2006;15:392-395.
118. Bieres LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropolou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr* 2003;8:737-54.
119. Kim YS, Leventhal B. Bulling and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health* 2008;20:133-54.
120. Kumpulainen K. Psychiatric condition associated with bulling. *Int J Adolesc Med Health* 2008;20:121-32.
121. Hamed MS, Najavis LM, Weiss RD. Self-harm and suicidal behaviour in women with comorbid PTSP and substance dependence. *Am J Addict* 2006;15:392-395.
122. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009;374(9690):643-53.
123. Tought SC, Siever JE, Leew S, Johnson DW, Benzies K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up a community based trial. *MBC Pregnancy Childbirth* 2008;8:16.
124. Kopp LM, Beauchaine TP. Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression and both psychiatric condition. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:301-12.
125. Jaffe SR, Moffit TE, Caspi A, Taylor A. Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Dev* 2003;74:109-26.
126. Wadsby M, Svedin CG, Sydsjö G. Children of mothers at pschosocial risk growing up: a follow up at the age of 16. *J Adolesc* 2007;30:147-64.
127. Arendt M, Sher L, Fjördback L, Brandholdt J, Munk-Jorgensen P. Parental alcoholism predicts suicidal behavior in adolescents and young adults with cannabis dependence. *Int J Adolesc Med Health* 2007;19:67-77.
128. Rijsselberge Van L, Portzky G, Heeringen van C. Self harm in adolescents in Flanders. *Dutch Journal of Psychiatry* 2009;51:629-640.

129. Lilenfeld LR, Ringham R, Kalarchian MA, Marcus MD. a family history study of binge-eating disorder. *Compr Psychiatry* 2008;49:247-54.
130. Courtois R, Caudrelier N, Legay E, Lalande G, Halimi A, Jonas C. Influence of parental tobacco dependence and parenting styles on adolescents tobacco use. *Press Med* 2007;36:1341-9.
131. Hill SY, Shen S, Lowers L, Locke J. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biological Psychiatry* 2000; 48:265-275.
132. Sher, KJ. Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World* 1997;21:247-19.
133. Tully EC, Iacono WG, McGue M, An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry* 2008;165:1145-1154.
134. Freud S: Formulations on the Two Principles of Mental Functioning, (1911): Standard Edition, vol.12, Hogart Press, London, 1957.
135. Freud S: New Introductory Lectures on PsychoAnalysis (1933): Standard Edition, vol.22, Hogart Press, London, 1964.
136. Dollard J, Doob, LW, Miller NE, Mowrer OH, Sears RR: Frustration and aggression: New Haven: Yale University Press, 1939.
137. Gurr TR. Why Men Rebel. Princeton, NJ Princeton University Press, 1970.
138. Mead M. Sex, Temperament in Three primitive Societies, Routledge&Kegan Paul, London, 1935.
139. Bandura A, Ross SA, Transmission of Aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnorm and Social Psychology* 1961;63:575-582.
140. Bandura A, Walters RH: Social Learning and Personality Development. New York: Holt, Rinehart&Winston, 1963.
141. Gottfredson MR and Hirschi T: A general theory of crime. Stanford CA: Stanford University Press, 1990.
142. Grube M. Which types of aggressive behaviour are associated with suicidal and self-injuries behaviour at the time of admission? *Psychopathology* 2004;37:41-9.
143. Mathews C, Walner J, Lowe T, Herrera L, Budman C, Erenberg G, Bruun RN, Freimer N, Reus V. Self injuries behaviour in Tourette syndrome: correlates with impulsivity and impulse control. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 2004;75:1149-1155.

144. Ross S, Heath N, Toste JR, Non suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American journal of ortopsychiatry* 2009;79:83-92.
145. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injuries behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:408-411.
146. Truglia E, Mannucci E, Lassi S, Rottella CM, Fravelli C, Ricca V. Aggressiveness, Anger end Eating Disorders: a review. *Psychopathology* 2006;39:55-68.
147. Rotberg B, Schoen G, Zalsman G. Anxiety disorders in children and adolescents. *Harefuah* 2008;147:623-33.
148. Bhatia S., Bhatia CS. Childhood and adolescent depression. *Am Family Phy* 2007;75:73-80,83-84.
149. Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L, Ruuttu T, Marttunen M. Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *J Adolesc* 2009;32:1125-36.
150. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health* 2009;44:464-7.
151. Vulić-Prtorić A. Depresivnost u djetinjstvu i adolescenciji; 2004. Jastrebarsko: Naklada Slap.
152. Reynolds W.M. (1998). *Depression, Copenhensive Clinical Psychology*. Elsevier Science Ltd.
153. Kulikovska A, Pokorski M, Self-injuries in adolescents: social competence, emotional intelligence and stigmatization. *Journal of physiology and pharmacology* 2008; 59:383-392.
154. Vidović V, Jureša V, Begovac I, Mahnik M, Tocilj G. Perceived family cohesion, adaptibility and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Revies* 2008;13:19-28.
155. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to-19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834-839.
156. Ohmann S, Schuch B, König M, Blaas S, Fliri C, Popow C. Self-injury behaviour in adolescent girls. Association with psychopathology and neuropsychological functions. *Psychopathology* 2008; 41:226-35.

157. Kovačić Z, Henisberg N, Pivac N, Nedić G, Borovečki A. Platelet serotonin concentration and suicidal behaviour in combat related posttraumatic stress disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:544-51.
158. Weinreb L, Wehler C, Perloff J, Scott R, Hosmer D, Sagor L, Gunderson C. Hunger: its impact on children's health and mental health. *Pediatrics* 2002;110.
159. Seng JS, Graham-Bermann SA, Clark MK, McCarthy AM, Ronis DL. Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service-use data. *Pediatrics* 2005;116:e767-76.
160. Purper-Ouakil D, Michel G, Mouren-Siméoni MC. Vulnerability to depression in children and adolescents-update and perspectives. *Encephale* 2002;28:234-40.
161. Favaro A, Santonastaso P, Monteleone P, Bellodi L, Mauri M, Rotondo A, Erzegovesi S, Maj M. Self-injurious behaviour and attempted suicide in purging bulimia nervosa: associations with psychiatric comorbidity. *J Affect Disord* 2008;105:285-9.
162. Gratz KL. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity and affect intensity/reactivity. *Am J Orthopsychiatry* 2006;76:238-50.
163. Harvey SB, Dean K, Morgan C, Walsh E, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Fearon P, Jones PB, Murray RM. Self harm in first-episode psychosis. *Be J Psychiatry* 2008;192:178-84.
164. Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:50-62.
165. Peterson J, Freedenthal S, Sheldon C, Anderson R. Nonsuicidal Self injury in adolescents. *Psychiatry* 2008;5: 20-26.
166. Allan WD, Overholser JC, Lenhert KL. Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:498-507.
167. Askevis M, Choquet M. Depression, fugue et troubles associés. *Neuropsychiatr Enfance Adults* 2000;48:188-193.
168. Strandheim A, Holmen LT, Coombs L, Bentzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents-a population review of 8983 young people, 13-19 years in North-Trøndelag, Norway: the Young-HUNT Study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2009;3:18
169. Ando M, Takashi A, Shinichiro A, Simons-Morton BG. Psychosocial factors associated with smoking and drinking among Japanese early boys and girls: Cross-sectional study. *Biopsychosoc Med* 2007;1:13.

170. Poelen E. AP, Engles R, Scholte RH, Boomsma DI, Willemsen G, Predictors of problem drinking in adolescence and young adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;8:345-352.
171. Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004;59:113-127.
172. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Piskles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:1350-1362.
173. Tarter RE, Kirisci L, Freske U, Vanyukov M, Modeling the pathways linking childhood hyperactivity and substance use disorder in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors* 2007;21:266-271.
174. Hufford MR. Alcohol and suicidal behaviour. *Clinical Psychology Review* 2001;12:797-811.
176. Sibthorpe B, Drinkwater J, Gardner K, Bammer G. Drug use, binge drinking and attempted suicide among homeless and potentially homeless youth. *Aust NZJ Psychiatry* 1995;29:248-256.
177. Sher L, Sperling D, Stanley BH, Carballo JJ, Shoval G, Zalsman G, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. Triggers for suicidal behaviour in depressed older adolescents and young adults: do alcohol use disorders make a difference? *Int J Adolesc Med Health* 2007;19:91-8.
178. Fang L, Schinke S, Cole KC. Underage Drinking among Young Adolescent Girls: The role of Family Processes. *Psychol Addict Behav* 2009;23:708-714.
179. Bezinović P, Malatestinić Đ. Perceived Exposure to substance use and risk taking behavior in early adolescence: Cross-sectional study. *Croatian Med Journal* 2009;50:157-64.
180. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992;112:64-105.
181. Rossow I, Hawton K, Ystgaard M. Cannabis use and deliberate self-harm in adolescence: a comparative analysis of associations in England and Norway. *Arch Suicide Res* 2009;13:340-8.
182. Vulić-Prtorić A, Macuka I. Stresni životni događaji i depresivnost u adolescenciji u odnosu na konzumiranje sredstava ovisnosti. *Zbornik radova, Zagreb: Vlada RH, Ured za suzbijanje zlouporabe opojnih droga; 2004, str. 437-444.*

183. Anda FR, Croft JB, Felitti JV, Nordenberg D, Giles HW, Wialiamson D, Glovino GA. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999;17:282.
184. Epstein JA, Griffin KW, Botwin GA. A model of smoking among inner-city adolescents: the role of personal competence and perceived social benefits of smoking. *Prev Med* 2000;31:107-114.
185. Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics* 1994;94:368-375.
186. Lindsay GB, Rainey J. Psychosocial and pharmacologic explanation of nicotine's «gateway drug» function. *J Sch Health* 1997;67:123-126.
187. Istraživanje Zagrebačke pivovare o konzumiranju alkohola među maloljetnicima, *Liječničke novine* 2010,86:18-19.
188. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:: 866-84.
189. Mehlum L, Holseth K. Self-Harm-what approach should we take? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009;129:759-62.
190. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non suicidal self injury and suicide attempts in adolescent. *J Youth Adolesc* 2010;39:233-42.
191. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Fydrich T, Klapp BF. Axis I comorbidity and psychopathologic correlates of autodestructive syndromes. *Compr Psychiatry* 2009;50: 327-34.
192. Spinhoven P, Slee N, Garnefski N, Arensman E. Childhood sexual abuse differentially predicts outcome of cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:445-7.
193. van Harmelen AL, de Jong PJ, Glashouwer KA, Spinhoven P, Penninx BW, Elzinga BM. *Behav Res Ther* 2010. Epub ahead of print.

10. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 07.06. 1972. godine u Metkoviću. Osnovnu i Srednju jezičnu gimnaziju sam završila u Metkoviću i New Orleansu u Americi. Studije medicine upisala sam na Medicinskom fakultetu u Osijeku, Sveučilišta u Zagrebu i 1998. diplomirala.

Po završetku studija zaposlila sam se kao znanstveni novak na Katedri za fiziologiju i imunologiju, Medicinskog fakultetu u Osijeku. Od 2003. godine sam zaposlena na Klinici za psihijatriju, KBC Osijek. 2007. sam položila specijalistički ispit, a 2010. subspecijalistički ispit iz Dječje i adolescentne psihijatrije. Od 2007. zaposlena sam na Kliničkom odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju, KBC Osijek.

Na Medicinskom fakultetu u Zagrebu sam završila doktorski studij te sam obranila temu doktorata.

Aktivno sam sudjelovala na više psihijatrijskih kongresa, simpozija i seminara. Završila sam edukaciju iz kognitivno-bihevioralne metode, uvod u grupnu analizu te uvodni tečaj za psihoanalizu.

Autor sam i koautor 21 izvorna znanstvena i stručna rada objavljena u stranoj i domaćoj literaturi, od kojih je 9 ih je citirano u Current Content bazi podataka.

Godine 2008. izabrana sam na radno mjesto asistenta na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u sastavu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Udata sam, majka dvoje djece, suprug specijalista obiteljske medicine.

11.PRILOZI

ZAMOLBA ZA SUDJELOVANJEM ISPITANIK A U ISTRAŽIVANJU

Naslov teme dizertacije: “Učestalost različitih oblika samodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja“.

Istraživač: Katarine Dodig-Ćurković, dr.med

Ustanova u kojoj se provodi istraživanje: Klinička bolnica Osijek, Huttlerova 4, 31000 Osijek

Poštovana gospođo/gospodine,

Obraćam se sa zamolbom da kao ispitanik sudjelujete u istraživanju na gore navedenu temu. Molim Vas da prije pristanka u cijelosti pročitate ovaj tekst te zatražite objašnjenje u slučaju bilo kakvih nejasnoća.

OBRAZLOŽENJE CILJA, SVRHE I POSTUPAKA ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je utvrditi koliko su često kod adolescenata i adolescentica prisutni samodestruktivni obrasci ponašanja kao što su. konzumiranje alkohola, droga, samorezanje, samotrovanje lijekovima, poremećaji prehrane i sl. Također se želi utvrditi da li postoje razlike između spolova, da li obitelj utječe i u kojoj mjeri na pojavu određenih poremećaja u ponašanju. Naime, i sami ste svjedoci sve više problema među adolescentnom populacijom, svakodnevno ste informirani o pokušajima suicida i suicidima među mladima. Očekujemo da će rezultati istraživanja poboljšati naša saznanja o psihičkim poremećajima ovakvog tipa među mladima i pomoći nam u razumijevanju istih ali i u preventivnom djelovanju, kako obitelji, tako i škole ali i stručnog osoblja.

Podaci koji će od Vas biti prikupljeni odnose se prvenstveno na podatke o Vašem djetetu, o školi, obitelji, aktivnostima i navikama djeteta i sl.

ETIČKA NAČELA

Od rezultata se očekuje da dobijemo bolji uvid u aktualno problematiku koju ćemo istraživati. Očekujemo da će rezultati istraživanja poboljšati naša saznanja o psihičkim poremećajima ovakvog tipa među mladima i pomoći nam u razumijevanju istih ali i u preventivnom djelovanju, kako obitelji, tako i škole ali i stručnog osoblja. Bit ćete obaviješteni o svim važnim podacima dobivenim tijekom istraživanja, a koji mogu utjecati na Vašu spremnost na nastavak sudjelovanja u studiji. Vaši osobni podaci bit će u cijelosti zaštićeni i neće se pojavljivati niti u jednom znanstveno-istraživačkom spisu povezani s Vašim imenom, niti će se pojedinačno objavljivati. Rezultati istraživanja prikazat će se na stručnim skupovima i objaviti u stručnoj literaturi kao zbirni. Vaša odluka o sudjelovanju u istraživanju je dobrovoljna. Možete odlučiti i o nesudjelovanju. Nakon što ste se odlučili sudjelovati u istraživanju, u svakom trenutku se možete predomisлити i prekinuti svoje sudjelovanje.

Vaš aktivni doprinos odnosi se samo na davanje podataka o sociodemografskim obilježjima obitelji te o osnovnim podacima koji se odnose na vaše dijete. Neće se bilježiti Vaše ime i prezime, već samo matični broj pod kojim ste upisani u bolnicu.

OBAVIJEST O ISTRAŽIVANJU:

Za sve dodatne informacije vezane uz Vaše sudjelovanje u istraživanju za vrijeme i nakon studije slobodno se obratite na sljedeći telefonski broj:

Katarine Dodig-Ćurković, dr.med Tel:031/211-750 (KBO)

PRISTANAK/SUGLASNOST OBAVIJEŠTENE OSOBE/ISPITANIKA

Pročita(o)/la sam zamolbu za sudjelovanje ispitanika u istraživanju na temu „**Učestalost različitih oblika samodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja**“ (istraživač Katarina Dodig-Ćurković, dr.med.) u cijelosti. Dana mi je mogućnost postavljanja svih pitanja vezanih uz ovu studiju. Na pitanja mi je odgovoreno jezikom koji mi je razumljiv. Upoznat/a sam sa svrhom i dobrobiti istraživanja. Razumijem da ću nakon potpisivanja ovog obrasca i ja dobiti primjerak istoga. Potpisom ovog obrasca bez prisile potvrđujem sudjelovanje u istraživanju.

.....
(tiskano ime i prezime ispitanika)

.....
(potpis)

.....
(datum)

.....
(tiskano ime i prezime istraživača
kojemu se daje pristanak)

.....
(potpis)

.....
(datum)

BAI

Ime i prezime: _____

Datum: _____

Uputa:

Pred sobom imate popis uobičajenih simptoma anksioznosti.

Molimo Vas da ga pažljivo pročitate te da označite kako ste često svaki od njih doživjeti **tijekom proteklog tjedna**, uključujući i danas, na taj način da zaokružite odgovarajući broj pored svakog simptoma.

		Gotovo nikad	Ponekad	Često	Stalno
1	Obamrlost i trnjenje	0	1	2	3
2	Osjećaj vrućine	0	1	2	3
3	Klecanje nogu	0	1	2	3
4	Nemogućnost opuštanja	0	1	2	3
5	Strah da će se dogoditi najgore	0	1	2	3
6	Vrtoglavica ili omaglica	0	1	2	3
7	Lupanje ili brzo udaranje srca	0	1	2	3
8	Nesigurnost, nestabilnost	0	1	2	3
9	Prestrašenost, užasnutost	0	1	2	3
10	Nervozu	0	1	2	3
11	Osjećaj gušenja	0	1	2	3
12	Drhtanje ruku	0	1	2	3
13	drhtavost	0	1	2	3
14	Strah od gubitka kontrole	0	1	2	3
15	Poteškoće disanja	0	1	2	3
16	Strah od umiranja	0	1	2	3
17	Prestrašenost (uplašenost)	0	1	2	3
18	Poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu	0	1	2	3
19	Klonulost (slabost)	0	1	2	3
20	Užarenost lica	0	1	2	3
21	Znojenje (ne zbog vrućine)	0	1	2	3

BDI – II – M

Ime i prezime: _____ Dob: _____ Datum: _____

Uputa:

Ovaj se upitnik sastoji od 21 skupine tvrdnji. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku od njih i zatim odaberite **jednu tvrdnju** u svakoj skupini koja najbolje opisuje kako ste se osjećali tijekom **protekla dva tjedna uključujući i danas**. Zaokružite broj ispred tvrdnje koju ste odabrali. Ako Vam se čini da Vam više tvrdnji podjednako odgovara, zaokružite najveći broj za tu skupinu. **Pazite da ne zaokružite više tvrdnji u pojedinoj skupini, uključujući česticu 16 (promjene u navikama spavanja) i česticu 18 (promjena apetita).**

1. Žalost

- 0 nisam žalostan
- 1 većinu vremena sam žalostan
- 2 cijelo vrijeme sam žalostan
- 3 tako sam žalostan ili nesretan da to ne mogu izdržati

2. Pesimizam

- 0 Nisam obeshrabren u vezi svoje budućnosti
- 1 Obeshrabren sam u vezi svoje budućnosti
- 2 Ne očekujem da će se stvari za mene dobro odvijati
- 3 Osjećam da mi je budućnost beznadna i da će se samo pogoršavati

3. Prošli neuspjesi

- 0 ne osjećam se neuspješno
- 1 imao sam više promašaja nego što sam trebao
- 2 kad se osvrnem na svoj život, vidim niz promašaja
- 3 osjećam se kao potpuno promašena osoba

4. Gubitak zadovoljstva

- 0 jednako sam zadovoljan kao i prije
- 1 ne uživam u stvarima kao što sam prije
- 2 stvari u kojima sam prije uživao sada mi pružaju slabo zadovoljstvo
- 3 uopće ne mogu uživati u stvarima u kojima sam prije uživao

5. Osjećaj krivnje

- 0 ne osjećam se osobito krivim
- 1 osjećam se krivim u vezi mnogih stvarikoje sam učinio ili sam trebao učiniti
- 2 većinu vremena se osjećam krivim
- 3 stalno se osjećam krivim

6. Osjećaji kažnjavanja

- 0 ne osjećam se kažnjavano
- 1 osjećam da bih mogao biti kažnjen
- 2 očekujem da ću biti kažnjen
- 3 osjećam se kažnjavano

7. Nezadovoljstvo sobom

- 0 prihvaćam se jednako kao inače
- 1 izgubio sam povjerenje u sebe
- 2 Razočaran sam sobom
- 3 Ne volim sebe

8. Samokritičnost

- 0 Ne kritiziram se i ne okrivljujem više nego obično
- 1 kritičniji sam prema sebi nego što sam bio
- 2 kritiziram se za sve svoje pogreške
- 3 okrivljujem se za sve loše što se događa

9. Suicidalne misli ili želje

- 0 Uopće ne razmišljam o samoubojstvu
- 1 Pomišljam na samoubojstvo, ali ne bih to mogao učiniti
- 2 Želio bih se ubiti
- 3 Ubio bih se kad bih imao prilike

10. Plakanje

- 0 Ne plačem više nego prije
- 1 Plačem više nego prije
- 2 Plačem za svaku sitnicu
- 3 Plače mi se, ali ne mogu plakati

11. Uznemirenost

- 0 Nisam nemirniji ili napetiji nego prije
- 1 Nemirniji sam ili napetiji nego prije
- 2 Toliko sam nemiran ili uznemiren da mi je teško ostati na miru
- 3 Toliko sam nemiran ili uznemiren da se stalno moram kretati ili nešto raditi

12. Gubitak interesa

- 0 Nisam izgubio interes za druge ljude ili aktivnosti
- 1 Manje me zanimaju drugi ljudi ili stvari nego ranije
- 2 Izgubio sam većinu interesa za druge ljude ili stvari
- 3 Teško mi je zainteresirati se za bilo što

13. Neodlučnost

- 0 Donosim odluke podjednako dobro kao uvijek
- 1 Teže mi je donositi odluke nego obično
- 2 Imam većih teškoća u donošenju odluka nego prije
- 3 Teško mi je donositi bilo kakve odluke

14. Bezvrijednost

- 0 Ne osjećam se bezvrijedno
- 1 Ne smatram se vrijednim i korisnim kao prije
- 2 Osjećam se manje vrijednim od drugih ljudi
- 3 Osjećam se krajnje bezvrijedno

15. Gubitak energije

- 0 Imam podjednako energije kao obično
- 1 Imam manje energije nego prije
- 2 Nemam dovoljno energije da puno napravim
- 3 nemam dovoljno energije za bilo što

16. Promjene u navikama spavanja

- 0 Nisam primjetio nikakve promjene u svojim navikama spavanja

- 1a Spavam nešto više nego obično
- 1b Spavam nešto manje nego obično

- 2a Spavam puno više nego obično
- 2b Spavam puno manje nego obično

- 3a Spavam veći dio dana
- 3b Probudim se 1-2 sata prerano i ne mogu ponovno zaspati

17. Razdražljivost

- 0 Nisam jače razdražljiv nego obično
- 1 Razdražljiviji sam nego obično
- 2 Puno sam jače razdražljiv nego obično
- 3 Cijelo sam vrijeme razdražljiv

18. Promjene apetita

- 0 Nisam primjetio nikave promjene u svom apetitu

- 1a Apetit mi je nešto slabiji nego obično
- 1b Apetit mi je nešto jači nego obično

- 2a Apetit mi je puno slabiji nego prije
- 2b Apetit mi je puno jači nego obično

- 3a Uopće nemam apetit
- 3b Cijelo vrijeme žudim za hranom

19. Teškoće koncentracije

- 0 Mogu se koncentrirati jednako dobro kao uvijek
- 1 Ne mogu se koncentrirati kao obično
- 2 Teško se duže koncentriram na bilo što
- 3 Primjećujem da se više ne mogu ni na što koncentrirati

20. Zamaranje ili umor

- 0 Nisam umorniji, niti se brže umaram nego obično
- 1 Umaram se brže nego obično
- 2 Previše sam umoran za mnoge stvari koje sam ranije radio
- 3 Previše sam umoran da bih radio većinu stvari koje sam ranije radio

21. Gubitak seksualnog interesa

- 0 Ne primjećujem nikakve nedavne promjene u svom interesu za seks
- 1 Manje sam zainteresiran za seks nego prije
- 2 Sada sam puno manje zainteresiran za seks

Ukupan broj bodova _____

OASCL – McLean Hospital
OVERT AGGRESSION SYMPTOM CHECK LIST

1. VERBALNA AGRESIJA

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Ljutito galamim ili vičem | DA | NE |
| 2. Činim umjerene personalne uvrede (npr. „Ti si blesav“) | DA | NE |
| 3. Govorim zlobne kletve ili koristim psovke u ljutnji | DA | NE |
| 4. Jasno prijetim nasiljem sebi ili drugima | DA | NE |

2. FIZIČKA AGRESIJA PREMA SEBI

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Češem ili grebem svoju kožu, udaram se, čupam kosu ili nanosim si bol bez stvaranja aktualne ozljede | DA | NE |
| 2. Udaram glavu, udaram šakom o predmete, bacam se na pod ili se ozljeđujem na takav način da to prouzroči manje ozljede | DA | NE |
| 3. Činim manje posjekotine, opekotine ili modrice na svom tijelu ili se ozljeđujem na takav način da to vidno oštećuje moju kožu | DA | NE |
| 4. Činim duboke posjekotine, udaram se sve dok ne prokrvarim, stvaram si unutrašnje ozljede, lomim kosti ili se ozljeđujem na potencijalno opasan način | DA | NE |

3. FIZIČKA AGRESIJA PREMA DRUGIMA

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Lupam vratima, kidam svoju odjeću ili činim nered (krš) u nastupu bijesa | DA | NE |
| 2. Bacam predmete, udaram o namještaj bez stvaranja oštećenja, udaram se o zid | DA | NE |
| 3. Lomim predmete ili razbijam prozore | DA | NE |
| 4. Potpalio sam razarajuću vatru ili sam oštetiо vrijednu imovinu | DA | NE |

4. FIZIČKA AGRESIJA PREMA DRUGIMA II

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Činio sam prijeteće geste zamahivanja prema drugima ili sam kidao nečiju odjeću u nastupu bijesa | DA | NE |
| 2. Udario sam ili gurnuo nekoga ili vukao nekoga za kosu, ali bez njegovog ozljeđivanja | DA | NE |

- | | | |
|---|----|----|
| 3. Napao sam nekoga uzrokujući blagu do umjerenu tjelesnu ozljedu (modrice, uganuće, ožiljak) ili sam prijetio nekome opasnim oružjem | DA | NE |
| 4. Napao sam nekoga uzrokujući tešku tjelesnu ozljedu (npr. prijelom kosti, duboke posjekotine, unutrašnje povrede) | DA | NE |

5. SUICIDALNOST

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Razmišljao sam o pokušaju samoubojstva | DA | NE |
| 2. Stvorio sam detaljan plan suicida, ali ga nisam pokušao | DA | NE |
| 3. Uzeo sam prekomjernu dozu lijekova, miješao alkohol i lijekove ili sam isprobao druga opasna ponašanja u pokušaju bijega od svojih problema, a uz vrlo malu zabrinutost za vlastitu sigurnost i bez apsolutno određene želje za smrću | DA | NE |
| 4. Uzeo sam prekomjernu dozu lijekova, pokušao sam se vješati ili sam imao suicidalan pokušaj koji je skoro izazvao smrt uz apsolutno određenu prisutnost želje za smrću | DA | NE |

DJETETOV STAV PREMA RODITELJIMA

Ime djeteta _____ Datum _____

Ovaj upitnik je dizajniran da mjeri stupanj zadovoljstva koji imaš u odnosu sa svojim ocem. To nije test pa nema pravih ili krivih odgovora. Odgovorite na svako pitanje točno i pažljivo koliko možete stavljajući broj tvrdnje. Tvrdnje (odgovori) su slijedeći:

1. Rijetko ili nikada
2. Malo vremena
3. Ponekad
4. Dobar dio vremena
5. Većinu ili cijelo vrijeme

1	Moj otac ide mi na živce	_____
2	Dobro se slažem sa svojim ocem	_____
3	Osjećam da stvarno mogu vjerovati svome ocu	_____
4	Ne sviđa mi se moj otac	_____
5	Ponašanje mog oca me sramoti	_____
6	Moj otac je prezahtjevan	_____
7	Želio bih imati drugačijeg oca	_____
8	Ja stvarno uživam u mom ocu	_____
9	Moj otac me previše ograničava	_____
10	Moj otac se miješa u moje aktivnosti	_____
11	Ja prezirem svog oca	_____
12	Ja mislim da je moj otac divan	_____
13	Ja mrzim svog oca	_____
14	Moj otac je vrlo strpljiv sa mnom	_____
15	Ja stvarno volim svog oca	_____
16	Ja volim biti sa svojim ocem	_____
17	Ja se osjećam kao da ne volim svog oca	_____
18	Moj otac je vrlo iritantan	_____
19	Osjećam se vrlo ljutito u odnosu na svog oca	_____
20	Osjećam se nasilno u odnosu na svog oca	_____
21	Osjećam se ponosno na svog oca	_____
22	Ja bih želio da je moj otac više kao drugi koje poznajem	_____
23	Moj otac me ne razumije	_____
24	Ja stvarno mogu ovisiti o svom ocu	_____
25	Sramim se svog oca	_____

INDEKS OBITELJSKIH ODNOSA

Ime i prezime _____ Datum _____

Ovaj upitnik je dizajniran da mjeri način na koji osjećate o svojoj obitelji u cjelini. To nije test pa nema pravih ili krivih odgovora. Odgovorite na svako pitanje točno i pažljivo koliko možete stavljajući broj tvrdnje. Tvrdnje (odgovori) su slijedeći):

1. Rijetko ili nikada
2. Malo vremena
3. Ponekad
4. Dobar dio vremena
5. Većinu ili cijelo vrijeme

1	Članovi moje obitelji stvarno brinu jedni o drugima	_____
2	Ja mislim da je moja obitelj divna	_____
3	Moja obitelj me žvcira	_____
4	Ja stvarno uživam u svojoj obitelji	_____
5	Ja se stvarno mogu pouzdati u svoju obitelj	_____
6	Nije mi stalo da budem u blizini svoje obitelji	_____
7	Ja bih želio da nisam dio ove obitelji	_____
8	Dobro se slažem sa svojom obitelji	_____
9	Članovi moje obitelji su stvarno dobri jedan prema drugom	_____
10	Nema osjećaja bliskosti u mojoj obitelji	_____
11	Osjećam se kao stranac u mojoj obitelji	_____
12	Moja obitelj me ne razumije	_____
13	Previše je mržnje u mojoj obitelji	_____
14	Članovi moje obitelji su stvarno dobri jedan prema drugom	_____
15	Moja obitelj je poštovana od onih koji nas poznaju	_____
16	Čini se da ima dosta teškoća u mojoj obitelji	_____
17	Postoji mnogo ljubavi u mojoj obitelji	_____
18	Članovi moje obitelji se dobro slažu međusobno	_____
19	Život u mojoj obitelji je u cijelosti neugodan	_____
20	Moja obitelj je veliki užitak za mene	_____
21	Osjećam se ponosno na svoju obitelj	_____
22	Čini se da se druge obitelji bolje slažu od naše	_____
23	Moja obitelj je stvaran izvor udobnosti za mene	_____
24	Osjećam se izostavljen od svoje obitelji	_____
25	Moja obitelj je nesretna	_____

IZVJEŠĆE ZA MLADE OD 11-18 GODINA

IME	PREZIME	Zanimanje roditelja i ako roditelj trenutno ne radi (Molimo da budeš što određeniji - npr. automehaničar, profesor u srednjoj školi, domaćica, građevinar, prodavač cipela, radnik u tvornici, satnik u vojsci):	
Tvoj spol: <input type="checkbox"/> Mladić <input type="checkbox"/> Djevojka	Tvoja dob:	Zanimanje oca: _____	
Janašnji datum:	Tvoj datum rođenja:	Zanimanje majke: _____	
Razred u školi: _____	Ako radiš, navedi vrstu posla: _____ _____	Stručna sprema oca:	Stručna sprema majke:
Ve ideš u školu: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže <input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema <input type="checkbox"/> Viša stručna sprema <input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)	<input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže <input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema <input type="checkbox"/> Viša stručna sprema <input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)

olimo ispuni ovaj obrazac tako da izražava tvoje stavove čak i ako se drugi s njima možda ne bi složili. Slobodno napiši dodatne komentare pored svake stavke i na mjesta naznačena na stranama 2 i 4. olimo da odgovoriš na SVA PITANJA.

Molimo navedi sportove u kojima najviše voliš sudjelovati, npr. plivanje, nogomet, vožnja biciklom, klizanje, skijanje i sl.	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko vremena provodiš baveći se svakim od tih sportova?	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko si uspješan/na u svakome od tih sportova?
 Niti jedan sport	Manje od prosjeka Prosječno Više od prosjeka	Manje od prosjeka Prosječno Više od prosjeka
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Molimo navedi svoje omiljene hobije, aktivnosti i igre, sve osim sportova; npr. karte, knjige, glazba, auti, računala, i. (nemoj uključivati slušanje radija ili gledanje TV-a).	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko vremena provodiš baveći se svakom od tih aktivnosti?	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko si uspješan/na u svakoj od tih aktivnosti?
 Niti jedan	Manje od prosjeka Prosječno Više od prosjeka	Manje od prosjeka Prosječno Više od prosjeka
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Molimo navedi sve organizacije, klubove, timove ili grupe kojima pripadaš.	U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko si aktivan/na u svakom od njih?	
 Niti jedan	Manje aktivan/na Prosječno aktivan/na Više aktivan/na	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Molimo navedi sve poslove ili zadatke koje imaš; npr. raznošenje novina, čuvanje djece, remanje kreveta, rad u dućanu itd. (Uključi plaćene, kao i neplaćene poslove i zadatke).	U usporedbi s drugima tvojih godina, kako ih dobro izvršavaš?	
 Niti jedan	Lošije od prosjeka Prosječno Bolje od prosjeka	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

1. Koliko imaš bliskih prijatelja? (Ne uključujući braću i sestre)

Niti jednog Jednog Dva do tri Četiri ili više

2. Koliko puta tjedno si zajedno s prijateljima izvan redovite nastave? (Ne uključujući braću i sestre)

Manje od jednom Jedan ili dva puta Tri ili više puta

U usporedbi s drugima Vaših godina, koliko dobro:

	Lošije	Prosječno	Bolje	
Se slažete sa svojom braćom / sestrama ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nemam braću i sestre
Se slažete s drugim vršnjacima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se slažete s Vašim roditeljima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imate nešto radite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. Uspjeh u školskim predmetima

Ne idem u školu jer _____

Obilježite križićem za svaki predmet koji učite

	Neuspjeh	Ispod prosjeka	Prosječno	Iznad prosjeka
a. Hrvatski, jezici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Povijest i društvene znanosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Matematika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ostali predmeti npr. c. Informatika, računarstvo, engleski jezik, strani jezici i slične vrste. Ne učite ovdje tjelesni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Biologija, kemija, fizika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Imate li kakvu bolest, fizičku nesposobnost ili hendikep?

Ne Da. Molimo opišite!

Molimo opišite sve brige ili probleme koje imate vezano uz školu:

Molimo opišite sve drugo što vas brine:

Molimo opišite najbolje stvari o sebi:

Molimo provjeri jesi li odgovorio/la na sva pitanja!

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

0 = NIJE TOČNO

1 = PONEKAD ILI DONEKLE JE TOČNO

2 = VRLO ILI ČESTO JE TOČNO

1 2	57. Fizički napadam ljude	0 1 2	84. Činim stvari koje drugi smatraju čudnima (opiši):
1 2	58. Bodem kožu ili druge dijelove svog tijela (opiši):	0 1 2	85. Moje bi misli drugi smatrali čudnima (opiši):
1 2	59. Mogu biti prilično prijateljski raspoložen/a	0 1 2	86. Tvrdoglav/a sam
1 2	60. Volim isprobavati nove stvari	0 1 2	87. Moja raspoloženja ili osjećaji se iznenada mijenjaju
1 2	61. U školi sam loš/a	0 1 2	88. Uživam biti s drugim ljudima
1 2	62. Koordinacija mi je slaba ili sam nespretan/na	0 1 2	89. Sumnjičav/a sam
1 2	63. Radije bih bio/bila sa starijom djecom nego s onima mojih godina	0 1 2	90. Psujem i koristim proste riječi
1 2	64. Radije bih bio/bila s mlađom djecom nego s onima mojih godina	0 1 2	91. Razmišljam da se ubijem
1 2	65. Odbijam govoriti	0 1 2	92. Volim nasmijavati druge
1 2	66. Neprestano ponavljam neke radnje (opiši):	0 1 2	93. Previše pričam
1 2	67. Bježim od kuće	0 1 2	94. Često zadirkujem druge
1 2	68. Često vrištim	0 1 2	95. Lako se ražestim
1 2	69. Tajnovit/a sam ili držim stvari za sebe	0 1 2	96. Previše razmišljam o seksu
1 2	70. Vidim stvari za koje drugi misle da ne postoje (opiši):	0 1 2	97. Prijetim da ću povrijediti druge
1 2	71. Smeten/a sam ili se lako zbunim	0 1 2	98. Volim pomagati drugima
1 2	72. Volim paliti stvari	0 1 2	99. Pušim, žvačem ili šmrčem duhan
1 2	73. Vješt/a sam s rukama	0 1 2	100. Imam poteškoća sa spavanjem (opiši):
1 2	74. Pravim se važan/važna ili se ludiram	0 1 2	101. Ne dolazim na satove ili uopće u školu
1 2	75. Previše sam sramežljiv/a i plah/a	0 1 2	102. Nemam puno energije
1 2	76. Spavam manje od većine djece	0 1 2	103. Nesretan/na sam, tužan/na ili potišten/na (depresivan/na)
1 2	77. Spavam više od većine djece tijekom dana i/ili noću (opiši):	0 1 2	104. Glasniji/a sam od ostale djece
1 2	78. Teško se koncentriram i lako me je dekoncentrirati	0 1 2	105. Koristim alkohol ili droge u nemedicinske svrhe (nemoj uključivati alkohol ili duhan)(opiši):
1 2	79. Imam problema s govorom (opiši):	0 1 2	106. Nastojim biti pravedan/na prema ostalima
1 2	80. Borim se za svoja prava	0 1 2	107. Uživam u dobrom vicu
1 2	81. Kradem kod kuće	0 1 2	108. Volim uživati u životu
1 2	82. Kradem na mjestima van kuće	0 1 2	109. Nastojim pomagati drugima kada mogu
1 2	83. Gomilam stvari koje mi nisu potrebne (opiši):	0 1 2	110. Želio/željela bih da sam suprotnog spola
		0 1 2	111. Nastojim ne uplitati se u veze s drugima
		0 1 2	112. Puno se brinem

Molimo provjeri da li si odgovorio/la na sva pitanja!

Molimo da napišeš sve ostalo što opisuje tvoje osjećaje, ponašanje ili interese:

Ime i prezime (šifra): _____

Današnji datum: _____

Upitnik procjene obitelji (FAD)

Copyright N.B.Baldwin, D.S.Bishop HR-fant 2001.

Poštivat će se povjerljivost ovog upitnika. Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju od ukupno 60 tvrdnji i zaokružite jedan broj od 1 do 4 ispod svake tvrdnje, koji se najbolje odnosi na Vašu obitelj.

Molim odgovorite na svaku tvrdnju. Hvala na suradnji!

1. Planiranje bilo kakvih obiteljskih aktivnosti je otežano jer se loše razumijemo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

2. Mi rješavamo većinu svakodnevnih problema

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

3. Kad je netko uzrujan ostali znaju razlog

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

4. Kada zamolite nekog da učini nešto poslije morate provjeravati je li to stvarno učinio

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

5. Kada je netko u nevolji ostali se previše upliću u problem

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

6. U krizama se možemo obratiti jedan drugome za podršku

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

7. Kada iznenadno nastupi opasna situacija ne znamo što da radimo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

8. Ponekad nam ponestane stvari koje trebamo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

9. Zatvoreni smo u iskazivanju toplih osjećaja prema drugima

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

10. Brinemo se da svaki član obitelji dobije svoje zaduženje

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

11. Ne možemo međusobno razgovarati o tuzi koju osjećamo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

12. Obično u vezi s problemom postupamo onako kako smo odlučili

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

13. Pažnju od drugih dobivate samo kada je to njima važno

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

14. Ne možete reći kako se netko osjeća na osnovu onoga što govori

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

15. Obiteljski zadaci se ne raspoređuju ravnomjerno

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

16. Pojedinci se prihvaćaju onakvi kakvi jesu

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

17. Iako prekršiš pravila možeš lako proći nekažnjeno

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

18. Pojedinci mogu otvoreno iznijeti probleme a ne ih skrivati

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

19. Neki od nas naprosto emocionalno ne reagiraju

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

20. Znamo što da radimo kada iznenadno nastupi opasna situacija

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

21. Izbjegavamo razgovarati o našim strahovima i brigama

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

22. Teško je međusobno razgovarati o nježnim osjećajima

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

23. Imamo problema s plaćanjem računa

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

24. Nakon što pokušamo riješiti problem u obitelji, obično razgovaramo da li smo uspjeli ili ne

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem u tome

25. Previše smo sebični

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

26. Međusobno možemo pokazati svoje osjećaje

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

27. Nemamo jasan odgovor o higijenskim navikama

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

28. Ne pokazujemo ljubav jedni za druge

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

29. Radije govorimo izravno članovima obitelji umjesto da prenosimo poruke preko drugih

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

30. Svako od nas ima svoje dužnosti i odgovornosti

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

31. Puno je ružnih osjećaja u obitelji

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

32. Postoje pravila o fizičkom kažnjavanju

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

33. Obraćamo pažnju jedni na druge kad smo osobno zainteresirani

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

34. Imamo premalo vremena da upoznamo vlastite interese

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

35. Često ne govorimo ono što mislimo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

36. Osjećam se prihvaćeni onakvi kakvi jesmo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

37. Pokazujemo interes jedni za druge samo kada od toga imamo osobnu korist

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

38. Rješavamo većinu emocionalnih problema koji se pojave

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

39. U našoj obitelji nježnost je na drugom mjestu u odnosu na ostalo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

40. Raspravljamo o tome tko će raditi poslove oko održavanja kuće

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

41. Donošenje odluka je problem u našoj obitelji

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

42. Obraćamo pažnju jedni na druge samo kad iz toga možemo izvući korist za sebe

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

43. Iskreni smo jedni prema drugima

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

44. Ne držimo se pravila i standarda

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

45. Kada se nekoga zamoli da nešto učini, na to ga treba često podsjetiti

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

46. Sposobni smo donositi odluke o tome kako ćemo riješiti probleme

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

47. Kada prekršimo pravila ne znamo što možemo očekivati

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

48. U našoj obitelji nema ni pravila ni očekivanja

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

49. Izražavamo nježnost

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

50. Možemo se suočiti s osjećajnim problemima

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

51. Ne možemo baš dobro zajedno

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

52. Kada smo ljuti ne razgovaramo jedni s drugima

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

53. Općenito smo nezadovoljni obiteljskim dužnostima koje su dodijeljene svakomu od nas

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

54. Iako želimo dobro previše se uplićemo jedni drugima u život

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

55. Postoje pravila za opasne situacije

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

56. Pouzdajemo se jedni u druge

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

57. Otvoreno plaćemo jedni pred drugima

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

58. Nemamo prikladno transportno sredstvo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

59. Kada nam se ne sviđa nešto što je netko drugi učinio, to mu i kažemo

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem

60. Nastojimo razmišljati o različitim načinima rješavanja problema

1. izrazito se slažem 2. Slažem se 3. Ne slažem se 4. Izrazito se ne slažem