

Psihopatološke specifičnosti adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem

Tomac, Aran

Doctoral thesis / Disertacija

2015

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:078081>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-04**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Aran Tomac

**Psihopatološke specifičnosti
adolescenata sa
samoozljeđujućim ponašanjem**

DISERTACIJA



Zagreb, 2015.

Disertacija je izrađena u Specijalističkom zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Klinike za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu pri Kliničkom bolničkom centru Zagreb.

Voditelj rada i mentor: prof. dr. sc. Vlasta Rudan, dr. med.

Želio bih izraziti zahvalnost mojoj mentorici prof. Rudan na svesrdnoj pomoći i podršci, kako u izradi doktorskog rada, tako i u sveukupnom mentorstvu tijekom edukacije i usvršavanja.

Zahvalan sam prof. dr. sc. Lajoszu Sziroviczi, Matiji Gažiću, prof. psihologije i Toniju Frgaćiću, dr.med., te dragim kolegama koji su stručnim i osobnim doprinosom unaprijedili ovaj doktorski rad.

Zahvalio bih se djevojkama i mladićima, te njihovim roditeljima koji su sudjelovali u istraživanju na povjerenju, suradnji i pomoći.

Posebnu zahvalu uputio bih prim. mr sc. Damiru De Zanu, dragom prijatelju i učitelju, jednostavno – na svemu.

Ovaj rad posvećen je mojoj obitelji, uz duboku zahvalnost na nepresušnom razumijevanju i uvijek spremnoj podršci, kako samo oni znaju i umiju...

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1 O adolescenciji.....	1
1.2. O samoozljeđujućem ponašanju u adolescenata	13
1.3. Roditeljski stilovi i psihopatologija u adolescenciji	30
1.4. Mehanizmi obrane	33
1.5. Aleksitimija.....	36
2. SVRHA RADA, HIPOTEZA I CILJEVI ISTRAŽIVANJA	38
2.1. Svrha rada	38
2.2. Hipoteza	38
2.3. Ciljevi istraživanja	38
3. ISPITANICI I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA.....	40
4. REZULTATI	50
4.1. Usporedba razvojnih iskustava u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.....	50
4.2. Usporedba psihičkog statusa u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.	60
4.3. Usporedba aktualnih vanjskih okolnosti u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.....	68
4.4. Usporedba mehanizama obrane u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.....	78
4.5. Usporedba povezanosti s roditeljima kod ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.....	83
4.6. Usporedba sposobnosti i načina izražavanja emocija u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.....	95

4.7. Analiza prediktivnog utjecaja istraživanih varijabli na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja.....	99
5. RASPRAVA	102
5.1. Razvojne okolnosti u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja	102
5.2. Psihički status u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja	107
5.3. Aktualne vanjske okolnosti u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.....	111
5.4. Mehanizmi obrane kod adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja	117
5.5. Povezanost s roditeljima u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja	121
5.6. Sposobnost izražavanja emocija u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja	126
6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA.....	129
7. ZAKLJUČCI	130
8. SAŽETAK	133
9. SUMMARY.....	135
10. LITERATURA	137
11. ŽIVOTOPIS.....	153
12. PRILOZI	154

1. UVOD

1.1 O adolescenciji

Adolescencija je vrlo značajno razvojno razdoblje za svaku osobu koje zbog svoje složenosti i sveobuhvatnosti obuhvaća dugo vremensko razdoblje. Nekadašnja promatranja adolescencije kao „dobi između djetinjstva i odraslosti“ postupno poprima značaj „središnjeg životnog stadija“ s obzirom da novija istraživanja ukazuju na to da su se obilježja adolescencije promijenila u odnosu na njezina obilježja još nekoliko desetljeća unazad. Adolescencija duže traje i mnogo je raznolikija od one koju dozvoljavaju opisi u ranijim teorijama i istraživanjima adolescencije, pojam „identitet“ promijenio je značenje u odnosu na ranije koncepte, umjesto identiteta neki autori sugeriraju da je bolje govoriti „subjektivitetu“ ili „subjektivizaciji“ (ili „postajanjem subjektom“).^{1,2} Završetak adolescencije prema nekim istraživanjima proteže se čak do u 29/30 godinu života, mnogo kasnije u usporedbi s 23/24 godine u kojima se dešavao sredinom dvadesetog stoljeća.³ Ovo produljenje dovelo je do prijedloga da se uvede novi stadij „nadolazeće odraslosti“ za dob između 18 i 25 godina.² Međutim, zadaci adolescencije uglavnom su ostali isti - oblikovanje zrele, autonomne, kompetentne osobe, spremne za preuzimanje najzahtjevnijih životnih zadataka, uključujući roditeljstvo. Prema psihodinamskom stajalištu glavne zadatke adolescencije predstavljaju: formiranje spolnog identiteta, nalaženje (ili ponovno nalaženje) objekta ljubavi izvan obiteljskog kruga i ujedinjenje spolnosti i nježnih osjećaja². Adolescencija nije linearan, sinkroniziran proces, već je njezin tijek u pojedinim aspektima razvoja ubrzaniji, dok je u drugim usporeniji, što često ostavlja dojam neusklađenosti između kronološke dobi i „očekivane“ razine samostalnog funkcioniranja, sposobnosti za preuzimanje odgovornosti za vlastite potrebe i ponašanja i „neočekivanog“ regresivnog ponašanja (npr. potreba za

osjećajem zaštićenosti i nježnosti od strane roditelja). Ovakve okolnosti dodatno zbunjuju kako same adolescente, tako i njihovu okolinu, poglavito roditelje i druge članove obitelji, druge osobe u poziciji autoriteta (npr. u školi) i članove obitelji.

Na adolescenciju se može gledati kao na ukupni proces psihičke prilagodbe na stanje puberteta, na nova unutarnja i vanjska - endogena i egzogena - stanja s kojima se osoba suočava.⁴

Kada je G.S. Hall 1904.⁵ godine kao prvi autor koji je dao naziv i opisao adolescenciju kao posebnu razvojnu fazu (lat. adolescentia - mladost, mladenaštvo) opisao ju je kao razvojno razdoblje "bure i oluje", „pobune“, „nemira“. Tijekom nadolazećih desetljeća različiti autori su prihvaćali odnosno neprihvaćali ovakvo gledanje na adolescenciju, a u skladu s njihovom teorijskim i praktičkim stavovima i iskustvima.^{3,6}

Psihoanalitičari i dalje opisuju adolescenciju kao razdoblje „nemira“ koji ometa ravnotežu postignutu u razdoblju latencije (između ida i ega), razdoblje u kojem dolazi do odbacivanja ovisnosti o obitelji i do labavljenja veza s bliskim osobama djetinjstva. Za razliku od njih, teoretičari privrženosti smatraju da se tijekom adolescencije i dalje održavaju jake veze s roditeljima, ali one postaju složenije i jasnije izražene. Psihoanalitički autori ističu da su pred adolescente postavljeni brojni zadaci za unutarnjim i vanjskim prilagodbama novonastalim promjenama, te je stoga teško očekivati da adolescencija stvarno predstavlja miran prijelaz, premda uzimaju u obzir da ponašanje čak priličnog broja adolescenata vanjskom promatraču može djelovati prilično staloženim i u ovom razvojnom razdoblju.^{2,6}

Pred adolescente su postavljeni brojni zahtjevi za prilagodbom novonastalim promjenama. S jedne strane postoje vlastita očekivanja, želje i potrebe, a s druge strane, očekivanja vršnjačke i „odrasle“ okoline. Drugim riječima, radi se o prepoznavanju vlastite osobnosti u različitim

socijalnim okruženjima, prepoznavanju i uvažavanju tuđih osjećaja, stavova i stremljenja, uz zadržavanje vlastitih autentičnih, osjećaja, stavova, pozicija, mišljenja.

Tjelesne promjene imaju važan utjecaj na načine na koje adolescent opaža samoga sebe, na njegov doživljaj vlastitog selfa, a tijelo i tjelesno postaje važan medij komunikacije kako sa samim sobom tako i sa okolinom. Tijekom vremena adolescenti postupno osjećaju potrebu za preuzimanjem uloga koje su do tada vršili roditelji, uključujući korekciju ili odbijanje nekih vrijednosnih normi i standarda kojima su se kao djeca uglavnom „slijepo“ pokoravali. Sada su spremniji analizirati i korigirati neke roditeljske vrijednosti i sami prosuđivati jesu li određena emocionalna stanja, ponašanja, stavovi, prihvatljivi, neprihvatljivi, pozitivni, negativni, poželjni, nepoželjni. U isto vrijeme počinju, kroz „vježbanje, istraživanje, testiranje“, razvijati vlastite motivacije, samokritike, mehanizme samokorekcije, odnosno nošenja sa vlastitim pozitivnim i negativnim, poželjnim i manje poželjnim emocionalnim stanjima. U ovoj iznutra (i izvana) namentnutoj dihotomnoj „crno-bijeloj“ situaciji, velikim dijelom nastaloj ponovnom reaktivacijom i upotrebom manje zrelih ili nezrelih mehanizama obrane, uključujući i rascjep, adolescenti sve više uviđaju i često prenaglašavaju mnoge roditeljske nedosljednosti, što dodatno pridonosi napetim odnosima u obitelji.

Početak adolescencije u oba spola najuočljiviji po fizičkim promjenama (pubertet), a koje se odražavaju na sva područja života. Završetak adolescencije nije vezan uz egzaktne fizičke ili biološke promjene, obilježen je individualnim psihološkim i sociološkim funkcioniranjem, zbog čega ga je i teže definirati^{2,6}. Međusobni utjecaj sveobuhvatnih psihičkih i fizičkih promjena djeluju destabilizirajuće na mladi organizam, uz oscilacije u raspoloženju i ponašanju adolescenata, od idealiziranog i romantičnog zanosa i uzbuđenja do mrzovolje, tjeskobe, impulzivne predimenzionirane ljutnje i nepredvidive preosjetljivosti. Prema odraslima imaju podijeljene i suprotne osjećaje, o kojima su, zapravo, vrlo ovisni.⁷

Tri suštinska zadatka adolescencije koje je prvi put opisao Freud⁸ (formiranje spolnog identiteta, ponovno nalaženje objekta ljubavi izvan obitelji i ujedinjavanje dviju sastavnica seksualnosti, senzualnosti i nježnosti) do danas su pretrpjele značajne korekcije, pogotovo u pogledu shvaćanja spolnog identiteta. U sadašnjosti se vrlo često koristi naziv rodni identitet koji se odnosi na subjektivni osjećaj pripadnosti ili nepripadnosti jednom od rodova i koji se nužno ne zasniva na spolu ili spolnoj orijentaciji.⁸

Međutim, sigurno jest da se adolescenti osjećaju drugačije od onog kako su se osjećali kao djeca i ta ih razlika zbunjuje (kao i one oko njih). Od početka puberteta znaju da im se tijela mijenjaju, uz to opažaju oscilacije u psihičkom funkcioniranju, ali im nije jasno otkud ta nestabilnost potiče, prepoznaju da su im se osjećaji prema roditeljima promijenili i to ih često uznemiruje. Hoće li ih ono voditi do poduzimanja nekih akcija, različito je od osobe do osobe, premda su, pogotovo rani adolescenti, često skloniji ispoljavanju nekog konfliktnog stanja kroz djelovanje (acting out) nego kroz razmišljanje i verbalizaciju^{2,4,5,6}. Razlozi “nemira” proizlaze iz oscilacija između regresivnih i progresivnih procesa u adolescenciji i brojnih transformacija u fizičkom, kognitivnom i psihičkom području rasta i razvoja. Brz tijek kojim se odvijaju pubertetske promjene, osobito u početnom razdoblju, podsjeća na one iz prvih godina života. Međutim, adolescenti su ih mnogo svjesniji, pa čak nekada i previše svjesni, u odnosu na rano razdoblje. Nekada se fizičko sazrijevanje odvija brže od emocionalnog i obrnuto. Fizičke promjene imaju važan utjecaj na načine na koje adolescent opaža samoga sebe, tj. na njegov doživljaj vlastitog selfa. Adolescenti opažaju sebe i svijet oko njih na načine koji se jako razlikuju od djetinjstva. U adolescenciji ideje i koncepti, svijet apstraktnog mišljenja, postaju razumljive na nov način. Oni omogućuju adolescentima da mogu misliti o procesu mišljenja, da mogu razvijati pretpostavke i razmišljati o budućnosti. Ovim putem, postupno, mijenja se način razmišljanja od dječjeg, konkretnog na adolescentno, formalno.

Ove promjene pridonose osjećaju samodostatnosti, jasnije sagledavaju unutarnji i vanjski, stvarni svijet i uviđaju složenost njihovog međusobnog odnosa^{2,6,8}.

1.1.1. Faze adolescencije

Adolescencija se najčešće dijeli u faze: ranu, srednju i kasnu adolescenciju. Ove se faze mogu točnije definirati prema njihovim karakteristikama, a kronološka dob predstavlja tek grubu mjeru.

Rana adolescencija obuhvaća dob između 10 i 14 godina. Djeca počinju u svome tijelu osjećati i u zrcalu primjećivati sve više promjena. Sve češće primjećuju da im se osjećaji, razumijevanje sebe i okoline, te ponašanje počinju razlikovati od dosadašnjih. U ovoj fazi raznolikosti među adolescentima su najizrazitije. Kognitivne sposobnosti omogućavaju sistematično, logično razmišljanje, stvaranju pretpostavki i sve bolje shvaćanje složenih apstraktnih koncepata. Razmišljaju o značenju života, prolaznosti, smrti i drugim značajnim pojmovima na potpuno nove načine. Sposobni su bolje razmatrati razne pretpostavke, pa umjesto da vide situacije ili osobe samo onakvima kakve se pred njima predstavljaju, mogu pretpostavljati ili nagađati koje bi još značenje mogle te situacije ili ponašanja imati. Sve se to odnosi i na roditelje, njihova ponašanja, raspoloženja, reagiranja, kapacitet za sadržavanje (eng. containment). Česte usporedbe roditelja s drugim odraslima mijenjaju adolescentov odnos i prema njemu samom i prema roditeljima. Samozavaravanja i iluzije djetinjstva sve se više zamjenjuju s na realitetu temeljenim gledištima. Proces napuštanja idealizacije (sebe, roditelja, vršnjaka) može predstavljati jednu od značajnijih pokretačkih snaga adolescentovog izlaska iz djetinjstva. Ovaj proces je osnova pomaka s pojačano narcističnog funkcioniranja u adolescenciji prema sve većoj mogućnosti emocionalnog investiranja u druge krajem adolescencije. On je vrlo važan za rastuću autonomiju i stabiliziranje granica između sebe i

drugoga. Za razliku od djetinjstva kada dijete izvore gratifikacije, narcističkog, dobrog mentalnog stanja nalazi u roditeljskoj (i drugim važnim odraslim osobama) brizi, pohvalama i ljubavi, sada se sve više okreću sami sebi kako bi si pribavili osjećaje uvažavanja i ljubavi. Po izlasku iz adolescencije moraju se moći osloniti na vlastite osjećaje, misli i reakcije, imati povjerenja u ove unutarnje procese kako bi mogli autonomno funkcionirati. Bez povjerenja u njih bili bi ovisni o drugima, uz neizbježan rizik razvoja disfunkcionalnih, psihopatoloških obrazaca. Ovaj proces u kojem se postupno mijenjaju stari odnosi s roditeljima i mijenja se način gledanja na svoje djetinje tijelo i self može se doživjeti i kao neku vrstu gubitaka uz potencijalne separacijske poteškoće. Adolescenti su jako zaokupljeni istovjetnošću i razlikama, usporedbama vlastitih i tuđih fizičkih i psihičkih obilježja, među vršnjacima i odraslijima od njih. Nejednolikost, neuravnoteženost dinamike i intenziteta pojedinih aspekata razvoja postaje važan čimbenik u izboru prijatelja. Odnosi sa vršnjacima istog spola od velike su važnosti u ranoj adolescenciji.^{4,9,10}

Zbog toga što osjećaju tolike promjene, rani adolescenti žele znati dijele li i njihovi prijatelji slične osjećaje i iskustva. Bliski odnosi s roditeljima su nadomješteni odnosima s prijateljima. Najbolje prijateljstvo može predstavljati prijelazni fenomen na putu postizanja veće osobne autonomije. Odnosi s prijateljima mogu privremeno biti vrlo snažni i pretjerano idealizirani.¹¹ Djevojčice ulaze u adolescenciju s oko 10,5 godina, dječaci s otprilike 12,5 godina. Budući da se djevojčice u ranijoj dobi moraju prilagoditi krupnim promjenama, tjelesnim, psihičkim i socijalnim, u nekih ovaj proces može voditi psihopatološkim odstupanjima kao što su poremećaji jedenja, preuranjena seksualnost ili zloupotreba droga.⁹ Općenito govoreći, prema mišljenju nekih autora produženje adolescencije vodi pojačanom „maturacijskom jazu“ a što povećava opasnost od različitih oblika odstupajućih ponašanja.²

Srednja adolescencija obuhvaća dob između 15 do 18 godina. Glavnu karakteristiku ove faze čini adolescentova potreba da se osjeća čvrsto uklopljen i povezan s vršnjacima, npr. škola, različiti sportska, umjetničko-kulturna, društveno angažirana, tehnička društva i udruge. Pojedinačna prijateljstva su značajna, no pripadnost grupi koja se manifestira kroz zajedničke stavove, interese (npr. slušanje iste vrste glazbe, nošenje određene vrste odjeće, uključivanje u određene sportske ili društvene aktivnosti i dr.) sve je važnija. Žive u sadašnjosti, žele saznati što su i tko su, tko su još jednaki njima, i to žele znati sada i odmah. Postupno napreduje i konsolidira se proces odvajanja koji je započeo u ranoj adolescenciji te se posve dobro osjećaju i kada su sami, istražujući predodžbe o njima samima (self reprezentacijama). Istovremeno nastoje u što više socijalnih situacija upoznati i prepoznati sami sebe. Kako bi što bolje upoznali sebe, adolescenti moraju oduzeti važnost roditeljima, („otklanjanje objekta“¹²) i pozornost usmjeriti na sebe i one koje doživljavaju sebi najsljčnijima (vršnjaci). Uz nastajanje drugačijih, novih odnosa s roditeljima, stvaraju se i novi odnosi s odraslima izvan obitelji. Neophodno je vrijeme za stvaranje novih odnosa s roditeljima koji su u skladu s nastalim promjenama i novim odnosima s drugima. Ponekad su roditelji frustrirani svjedočeći čestim divljenjima prema drugim odraslima, kao i kritikama kojima ih adolescent izlaže. Nadalje, upoznajući odrasle osobe koje nisu roditelji tragaju za osobinama s kojima se mogu identificirati, pa sve veću važnost dobivaju npr. drugi autoriteti, roditelji njihovih prijatelja ili nastavnici. Tipično je da se srednji adolescenti istovremeno dive i ne toleriraju odrasle. Odvajanje od roditelja (u unutarnjem kao i vanjskom realitetu, sve manje se oslanjaju na roditeljsko vodstvo), nekada ostavlja dojam njihove povećane izoliranosti i usamljenosti. Ovo je zapravo psihički proces žalovanja koji je ujedno i u podlozi, za srednju adolescenciju karakteristične, mrzovolje.^{4, 12-14}

Druženje s primarno istospolnim vršnjacima u ranoj adolescenciji, postupno zamjenjuje druženje s vršnjacima oba spola u srednjoj adolescenciji, a što širi njihovu socijalnu mrežu. Mnogi se u ovim grupama “zaljubljuju” i počinju „hodati“. Rane “ljubavne veze” služe za stjecanje iskustva u stvaranju, održavanju i njegovanju bliskog međuljudskog odnosa (uključujući i eksperimentiranje sa seksualnošću), ali i iskušavanju nošenja sa separacijom i gubitkom. Opisane „ljubavne veze“ važne su kao jedan od načina nošenja s usamljenosti zbog sve intenzivnijeg osjećaja odvajanja od roditelja (otklanjanje objekta⁴). Imati stalnog „partnera“ ima i osobnu i društvenu važnost, no tek kasnije ove njihove ljubavne veze proizlaze iz želje za bliskošću, povezanošću i dubljim upoznavanjem drugog, a time i samoga sebe.

Kasna adolescencija je faza čiji je kraj osobito teško procijeniti, a smješta se u razdoblje između 19. i 22. godine (prema nekim autorima i do 25. godine). Kasni adolescenti počinju na sebe gledati kao na kompletne osobe i često razmišljaju o tome tko i kakvi bi željeli biti i koji im odrasli imponiraju i zbog čega, te se nastoje oblikovati prema osobinama koje kod njih zamjećuju. Nastoje se zbližiti i upoznati s odraslima koji pobuđuju njihovo divljenje, te biti od njih prihvaćeni, što predstavlja dio procesa kojim nastoje sebe promatrati odraslima. Ovi odrasli također mogu služiti kao most između adolescentnog još djetinjastog načina odnošenja prema roditeljima i načina kako će se prema njima odnositi u budućnosti.¹⁵

Princip zadovoljstva sve se više nadomješta principom stvarnosti, što predstavlja važan dio kognitivnog razvoja. Raste im kapacitet za sadržavanje i razumijevanje više različitih podražaja, što je ključni trenutak razvoja tijekom kasne adolescencije (“ego sinteza”¹⁶).

Nastavlja se i razvoj spolnosti i dovršava njezina integracija u self. Za ovaj proces neophodne su reprezentacije prethodnih iskustava, a koja adolescent može doživjeti i prihvatiti kao sastavni dio samoga sebe. Koriste se novoraspoložive kognitivni i emocionalni mehanizmi

koji postupno stvaraju self i identitet, čije stapanje adolescent doživljava kao vlastiti, novi, autentični, kohezivni entitet (poput „puzzle“ slika). Iz opisanog proizlazi da je jedan od najvažnijih zadataka ove faze (ponovno) upoznavanje sebe, svojeg unutrašnjeg i vanjskog funkcioniranja, u svakodnevici, stvarnosti. Radi se o nužno polaganim, fluktuirajućim, ambivalencijom ispunjenim promjenama.¹⁷

Budući da je razvoj, kao i uvijek, neujednačen i nesinkroniziran, završetak adolescencije teško je odrediti, kako samom adolescentu tako i onima oko njega. Redovita je pojava da adolescent u različitim područjima života pokazuje različite stupnjeve zrelosti i odraslosti.

Novi neurobiološki modeli nastoje objasniti osnovu otežane regulacije afekta i rizičnog ponašanja u adolescenata. Prema njima, na ponašanje tijekom adolescencije više utječu subkortikalne strukture (sustav nagrade, neodgodivosti realizacije poriva), koje ranije od prefrontalnog korteksa (sustav kontrole, inhibicije, straha) postaju funkcionalno zrelije.¹⁸

Nadalje, uz opisani nesinkronizirani razvoj i sazrijevanje moždanih jezgara i kore, u novim istraživanjima ustanovljeno je da u otežanoj regulaciji emocija i rizičnom sudjeluje i usporeniji razvoj funkcionalnih veza između tih dvaju moždanih struktura. Zbog toga inhibitorni utjecaj prefrontalne kore nije dovoljno snažan za adekvatnu kontrolu aktivnosti subkortikalnih jezgara.¹⁹

Smatra se kako je ova relativna neravnoteža (pojačana aktivnost subkortikalnih i slabija kontrola prefrontalnih struktura) biološka podloga većoj sklonosti prema rizičnim ponašanjima i otežanoj regulaciji afekta u adolescenata, u odnosu na djecu (obje strukture nezrele) i odrasle (obje strukture zrele).²⁰ Razvoj prefrontalnog korteksa ima važnu ulogu u sazrijevanju viših kognitivnih funkcija (donošenje odluka, ponašanje usmjereno prema odabranom cilju) koje s vremenom sve efikasnije sudjeluju u regulaciji afekta, te kontroliraju i upravljaju porivima koji vode rizičnim ponašanjima.^{21,22}

Posljednje područje u kome pojedinci osjećaju da su dosegili odraslost često je područje vlastite primarne obitelji. Adolescencija predstavlja prijelazno razdoblje iz djetinjstva u odraslost, od stanja „biti nečije dijete“ do stanja postati „nečija majka ili otac“.¹³

“Postoji samo jedan lijek za adolescenciju, a to je protjecanje vremena i nastavak prijelaza u odraslost”.²³ Produljenjem adolescencije dolazi do stvaranja „maturacijskog jaza“, tj. nesrazmjera između biološke i sociološke odraslosti, a kojeg se smatra važnim čimbenikom u nastanku adolescentne delinkvencije.² Materijalna ovisnost o roditeljima do kasnih dvadesetih godina izlaže mlade ljude regresivnim okolnostima u kojima ostaju pasivni konzumenti hedonistički orijentirane zabavne industrije (glazba, moda, itd.) što dodatno usporava i oštećuje dosezanje konačne zrelosti i odraslosti.^{24,25} Treba istaknuti da se sama adolescencija, uz progresivne, oslanja i na regresivne procese koji adolescentima omogućuju susretanje s ranim nepovoljnim ili čak traumatskim iskustvima koje pokušavaju korigirati i stoga adolescencija, prema Anni Freud predstavlja neku vrstu „druge šanse“⁷. Neprepoznavanje i nerazumijevanje novih osjećaja, te njihovo nejasno podrijetlo i nepredvidiva pojava i manifestacije, koji su vrlo često u potpunoj suprotnosti dotadašnjim (npr. odnos prema roditeljima i drugim autoritetnim osobama) negativno utječu na samoprocjenu i odnos prema samome sebi. Razvoj kognitivnih sposobnosti (od dječjeg konkretnog razmišljanja prema adolescentnom apstraktnom) dovodi do razvijanja autonomije i samodostatnosti, no s druge strane, uviđanje složenih međudnosa intrapsihičkog i stvarnog svijeta, želja i mogućnosti (razočaranja), ideala i kompromisa (odustajanja), može produbiti zbunjenost i osjećaj bespomoćnosti i nesavladivog nesnalaženja u novim okolnostima. Nezadovoljstvo izgledom tijela koje se brzo (i prebrzo) mijenja i osjećaja koji potiču iz tog i takvog tijela, može izazvati osjećaj neprihvatanja tog istog tijela kao vlastitog, a pogotovo obzirom na vrijednosne standarde koje su danas nametnute kroz popularnu kulturu i medije.

Ovo je posebno važno u svjetlu usmjerenosti adolescenata na tijelo i tjelesno kao komunikacijskog kanala prema vršnjacima i prema odraslima. Dodatno opterećenje u opisanoj atmosferi predstavlja i promjena stavova i osjećaja prema roditeljima, koji od pouzdanih utočišta, moćnih i kompetentnih uzora postaju obični ljudi sa mnoštvom mana i nedorečenosti. Iako je ovo sastavni dio potrebe za odvajanjem i individuacijom kojoj teže, adolescenti su istovremeno izloženi osjećajima frustracije, razočaranja, što svakodnevno može nepovoljno utjecati na kvalitetu komunikacije unutar obitelji.²⁵ (Pre)opterećenje razvojnim zahtjevima i zahtjevima okoline mogu dovesti do nastajanja psihičkih poteškoća (ali ne nužno i njihovih kliničkih manifestacija), međutim, može doći do intenziviranja već postojećih poremećaja i dosezanja vrhunca u kliničkoj slici (npr. depresija, poremećaji prehrane, autoagresivno ponašanje, delikventna i antisocijalna ponašanja, konzumiranje alkohola i drugih psihoaktivnih tvari, pušenje). Prema nekim autorima u otprilike 20% svih adolescenata dolazi do preopterećenosti zahtjevima adolescencije uz pojavu nekog od oblika i manifestacije psihičkih problema.²⁷ Treba napomenuti da će barem djelomično na procjenu adolescentnog funkcioniranja utjecati i pripadnost procjenitelja različitim psihološkim školama, tj. njihovom odnosu prema adolescentnom „nemiru“. Dok neke škole ističu da je prolazak kroz adolescenciju u zdravih adolescenata miran proces, drugi, a pogotovo analitičari, smatraju da ovaj prolaz ne može biti miran, s obzirom na složenost i obim zadataka s kojim se svaki adolescent suočava. Istraživači koji ističu da se prolaz kroz adolescenciju u većine adolescenata odvija mirno, upozoravaju protiv normativnog pristupa adolescenciji u kojem se „nemir“ smatra univezalnom pojavom za razliku od mnogih analitičara koji smatraju da je razvoj u adolescenata koji se ništa ne bune potencijalno ugrožen⁷. Prema mišljenju analitičara, manifestacije adolescentnog „nemira“ mogu biti blago ili jače izražene, što ovisi o

nizu faktora, kako unutarnjih tako i vanjskih⁶. Adolescenti koji izražavaju znake prave „burne i oluje“ vjerojatno su najčešće oni koji su jako zapeli u procesu separacije.

Kako navodi Briggs¹: „Nisu samo individualne razlike one koje određuju je li adolescencija burna ili se nastavlja kao miran prijelaz u odraslost, već socijalni kontekst u kojem su neke grupe vulnerabilnije od drugih, osobito u smislu rase, roda, klase i seksualnosti. Kontekstualne razlike među osobama i raspoloživost resursa, primarno u obliku pouzdanih i povjerenja punih odnosa s odraslima, mogu biti od vrlo velikog značaja da li će adolescent podleći udaru prijelaza, s posljedičnim rizikom za dugotrajno mentalno zdravlje.“

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 20% djece i adolescenata boluje od psihijatrijskih poremećaja. Poremećaji u ponašanju nastavljaju se manifestirati u odrasloj dobi kroz zlouporabu psihoaktivnih tvari, antisocijalno ponašanje i brojne interpersonalne probleme, bračne probleme, probleme povezane sa zaposlenjem i nezaposlenošću i nisku razinu tjelesnog zdravlja. Vrlo učestalo depresivni poremećaj dijagnosticiran u adolescenciji nastavljaju se i u odraslu dob i često su prediktori lošijeg ishoda liječenja, te suicidalnog ponašanja i izvršenja suicida. 20% djevojčica sa poremećajima prehrane imaju iste poteškoće 10 godina nakon postavljanja dijagnoze. Anksiozni poremećaji dijagnosticirani u djetinjstvu i adolescenciji prediktori su kasnijeg postojanja anksioznog poremećaja, depresivnog poremećaja, ovisnosti o nezakonitim drogama i prekida školovanja.²⁸ U više od tri četvrtine mladih odraslih osoba sa psihijatrijskim poremećajima dijagnoza psihijatrijskog poremećaja po prvi puta postavljena u dobi između 11 i 18 godina. Prijenos poremećaja iz dječje i adolescentne u odraslu dob prati homotipnu predikciju, odnosno dijagnoza određene kategorije psihijatrijskog poremećaja prediktivni je faktor za postojanje poremećaja istovjetne dijagnostičke kategorije u odrasloj dobi.²⁹

1.2. O samoozljeđujućem ponašanju u adolescenata

Prema kliničkom iskustvu i do sada objavljenim rezultatima istraživanja, incidencija i prevalencija samoozljeđujućeg ponašanja, sa i bez suicidalne namjere, u porastu je kako u drugim državama tako i u Republici Hrvatskoj. O psihičkom kontekstu, motivaciji, psihopatološkim podlogama vode se diskusije među istraživačima i stručnjacima različitih profila koji se bave adolescentima, budući da se radi o vrlo kompleksnim i promjenjivim fenomenima koji imaju raspon od jasne i nedvosmislene psihopatološke podloge, do razvojnih manifestacija koje mogu nalikovati nekim psihopatološkim stanjima, ali su one prolaznog karaktera i bez trajnih posljedica. Oblici i funkcija samoozljeđujućeg ponašanja su vrlo različiti i individualni, promjenjivi tijekom vremena i u različitim okolnostima. Ipak, prepoznati su obrasci međusobno povezanih psihopatoloških simptoma i sindroma, specifičnih individualnih karakteroloških obilježja i psihosocijalnih okolnosti u kojima se samoozljeđujuće ponašanje pojavljuje učestalije. Prepoznavanje trenutno poznatih obrazaca u konkretnom adolescentu neophodno je za planiranje tretmana na svim razinama, od procjene trenutnog, neposrednog rizika za pokušaj suicida, do planiranja i provođenja optimalno prilagođenih oblika tretmana (individualna, grupna psihoterapija, njezin intenzitet i oblik; psihofarmakoterapija, uključivanje roditelja i članova primarne obitelji u tretman). Također, detaljno poznavanje samoozljeđujućeg ponašanja svakog individualnog pacijenta može pomoći u prognostičkim procjenama tijeka i ishoda liječenja, te u u planiranju aktivnosti usmjerenih ka sekundarnoj prevenciji. Praćenje stanja i funkcioniranja adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem je vrlo zahtjevno obzirom na potencijalno brze i nepredvidive promjene u motivaciji i načinima samoozljeđivanja, uz ne zanemariv rizik za fatalni ishod bilo po impulzivnom tipu (acting-out), odnosno zbog krive procjene posljedica određenog samoozljeđujućeg ponašanja (suicid zbog „greške“).

U svijetu i u Republici Hrvatskoj provode se različita istraživanja samoozljeđujućeg ponašanja adolescenata u općoj i kliničkoj populaciji sa ciljem utvrđivanja trenutnog stanja, prepoznavanja potencijalno (regionalno) specifičnih obrazaca samoozljeđujućeg ponašanja, te planiranja primarne i sekundarne prevencije.

Nesuicidalno samodestruktivno ponašanje mladih je komplicirano zbivanje koje proizlazi iz bioloških, psiholoških, kulturoloških, društvenih i međuljudskih okolnosti. Razumijevanje tih okolnosti nužno je potrebno obzirom na razmjere, trend i posljedice.

Najvažnija razlika između nesuicidalnog i suicidalnog samoozljeđivanja je suicidalna namjera. Neophodno je i nužno nastojati čim jasnije razumjeti motivaciju, značenje i očekivani učinak samoozljeđujućeg ponašanja i procijeniti suicidalnu namjeru kod svakog adolescenta koji pokazuje bilo koji oblik ponašanja koje za konkretnu osobu ima samoozljeđujući karakter.

Samoozljeđujuće ponašanje ima vrlo različite oblike pojavnosti, u rasponu od otvorenog, direktnog samoranjavanja (pri čemu se mogu koristiti priručnim ili posebno pripremljenim predmetima) do prikrivenog, indirektnog pri čemu ne dolazi do oštećenja tkiva neposrednom namjernom i aktivnosti (zlouporaba, ovisnost o psihoaktivnim tvarima, poremećaji hranjenja, rizična ponašanja, samozanemarivanja, izbjegavanja brige o svom zdravlju, npr. neuzimanje ili prekomjerno uzimanje propisanih lijekova kod dijabetesa, epilepsije). Adolescenti najčešće koriste više oblika autoagresivnog ponašanja, pri čemu mogu jasno „dodjeljivati“ i „raspoznavati“ svrhu i kontekst primjene pojedinog oblika. Odnos prema „svom“ autoagresivnom ponašanju i povezanost sa autoagresivnim ponašanjem vrlo je čvrsta, adolescent ga katkad opisuju kao utočište, vrijeme za sebe, odmak od svega, kao nešto vrlo osobno privatno, intimno. „Pozitivne strane“ samoozljeđivanja su dostupnost, brzina primjene, efikasnost, jednostavnost regulacije osjećaja i funkcioniranja, dok su „negativne“

strane posljedični osjećaj krivnje, ljutnje i srama. Budući samoozljeđujuće ponašanje povećava rizik za izvršenje samoubojstva, Svjetska zdravstvena organizacija i stručnjaci koji se bave ovom tematikom smatraju bilo koji oblik samoozljeđujućeg ponašanja suicidalnim ponašanjem.^{30,31}

Najčešće metode samoozljeđivanja su različiti načini zarezivanja kože, udaranje samoga sebe šakama ili udaranje u tvrde predmete, zid i nanošenje opekline.²⁷ Samoozljeđivanje je najčešće u adolescenciji i u mlađoj zreloj dobi (u dobi od 14 do 24 godine), no može se pojaviti u svim dobnim skupinama, uključujući i stariju populaciju.^{33,34} Učestalost pojave samoozljeđivanja naglo se povećava nakon dvanaeste godine života, pogotovo u adolescentica. Samoozljeđivanje u adolescenata povezano je s uzimanjem alkohola i drugih psihoaktivnih tvari, a u adolescentica sa problemima u obiteljskom funkcioniranju i među vršnjacima.³⁵⁻³⁷

Motivacija za samoozljeđivanje kao i njegova svrha izrazito je individualna. Tako samoozljeđivanje može biti sporadično, impulzivno ili može biti ponavaljuće i biti u funkciji mehanizma „nošenja s problemima“ (eng. coping strategy) koji omogućuje trenutno olakšanje od nakupljenih intenzivnih osjećaja kao što su anksioznost, depresivnost, stres, emocionalna otupjelost i osjećaj neuspjeha ili nezadovoljstva. Pri tome može poprimiti i ritualni, kompulzivni, karakter.

Za samoozljeđivanje se smatra da ima visok adiktivni potencijal, u jednakoj mjeri na opisanoj ponašajnoj razini, kao i na neurofiziološkoj razini („ovisnost o endorfinima“). U adolescenata kod kojih samoozljeđivanje postane ponavaljuće i dugotrajno (kao obrazac nošenja sa neugodnim osjećajima i situacijama) ono ima ulogu mehanizma emocionalne regulacije i postoji vjerojatnost otežanog prestajanja. U tih je adolescenata često prisutan skup emocionalno disfunkcionalnih okolnosti – emocionalna ranjivost (smanjena otpornost i

neadekvatno izražavanje emocionalnih reakcija), neefikasna emocionalna regulacija (najčešće uslijed potiskivanja, susprezanja i izbjegavanja negativnih osjećaja), te emocionalno neadekvatna

okolina (ponižavanje nečijih vlastitih iskustava, nepredvidive reakcije na nečije iskreno iskazane osjećaje). Inhibicijom češće negativnih osjećaja u adolescentu se stvara stanje emocionalne umrtvljenosti, tuposti, koju često doživljavaju kao beskonačnu prazninu i usamljenost, što podupire začarani krug daljnjeg emocionalnog izbjegavanja i sprečava formiranje funkcionalne emocionalne regulacije.³³

Postoje dokazi da samoozljeđivanje ima više funkcija, koje se međusobno ne isključuju. Adolescente sa samoozljeđivanjem moguće je grupirati prema funkciji samoozljeđivanja. Funkcije samoozljeđivanja u istoj osobe mogu se tijekom vremena mijenjati i preklapati te zapravo mogu služiti izražavanju različitih aspekata istog zbivanja. U literaturi zabilježene funkcije samoozljeđivanja mogu se grupirati na sljedeći način: regulacija afekta (olakšavanje naglo nastalog negativnog afekta), anti-disocijativna funkcija (zaustavljanje osjećaja disocijacije, derealizacije i depresionalizacije), anti suicidalna funkcija (zamijeniti ili izbjeći suicidalni poriv), interpersonalno razgraničenje (potvrđivanje autonomije i granice vlastitog i tuđeg selfa), interpersonalni utjecaj (traženje pomoći od drugih ili manipuliranje drugima), samokažnjavanje (poniženje, sram ili ljutnja prema sebi), izazivanje snažnih osjećaja (stvaranje osjećaja ushita, uzbuđenja).³⁹

Samoozljeđujuće ponašanje podupiru četiri potkrepljujuća procesa koji mogu biti pozitivni i negativni, te ispunjavaju unutarnju (intrapersonalnu, automatsku) i vanjsku (interpersonalnu, socijalnu) funkciju (Tablica 1.).^{37, 40}

Tablica 1. Potkrepljujući procesi i funkcija samoozljeđujućeg ponašanja. Adaptirano prema Nock 2004³⁷.

	Intrapersonalna (automatska)	Interpersonalna (socijalna)
Pozitivno potkrepljenje	- samokažnjavanje - opuštanje - umanjivanje negativnih osjećaja	- pažnja ili pomoć bližnjih - naljutiti, kazniti ili kontrolirati druge
Negativno potkrepljenje	- regulacija afekta - antisocijalni učinak	- izbjegavanje nečeg negativnog

Psihička podloga nastanku samoozljeđujućeg ponašanja povezana je s nakupljanjem ranih, dubokih traumatskih iskustava, nepovoljnih obiteljskih zbivanja, osobnih problema roditelja i djetetovih internalizirajući i eksternalizirajućih problema, npr. zanemarivanje, emocionalno, tjelesno, seksualno zlostavljanje, rani gubici (smrt roditelja, separacija).⁴¹

Samoozljeđujuće ponašanje, paradoksalno, može u takvim okolnostima ojačati samopouzdanje i diferencijaciju selfa, te pridonosi osjećaju samokohezije i jasnoći granica između selfa i objekta (ne-selfa). Osoba s ranim traumatskim iskustvima postizati će osjećaj kontinuiteta ponavljanjem takvih iskustava tijekom života. Na ovaj način samoj sebi omogućuju fiktivni osjećaj kontrole i onipotencije nad teško kontrolirajućim situacijama.⁴²

Vrlo česti aspekti patnje koju adolescenti osjećaju su različite razine depresivnosti koju iskazuju najčešće maskirano, impulzivnošću i poremećajima ponašanja, a koja potiče autoagresivnost od suptilnih oblika (u različitim životnim aspektima) do nemilosrdnih (suicid). Adolescenti su jednako kreativni u svojoj konstruktivnosti koliko i u autodestruktivnosti. U širem smislu gledano, u socijalnu autoagresivnost primjerice pripada izbjegavanje odlaska ili bježanje iz škole, bježanje od kuće, impulzivno prekidanje veza sa

važnim osobama (simpatijama, roditeljima, prijateljima), kršenje pravila vršnjačkih grupa na što grupa reagira odbacivanjem i isključivanjem iz grupe, odustajanje od važnih aktivnosti u kojima su ranije doživljavali socijalnu gratifikaciju i realizaciju (hobiji). Fizička autoagresivnost npr. rezanje kože oštrim predmetima, forsiranje stroge kontrole uzimanja hrane (dijete, uskraćivanje hrane), bulimične epizode i prekomjerno, neprimjereno tjelesno vježbanje, ima za cilj izazivanje tjelesne boli kojom se može prevladati psihička bol, uz prateći odsjećaj omipotencije i (mazohistične) ugone. Separacijski zahtjevi adolescencije (koja je drugi po redu separacijsko-individuacijski proces) mogu biti komplicirani značajnim gubicima (realnim, prijetećim, fantazmatskim) ili neuspjesima (u školi, među vršnjacima, ljubavi) koji dodatno opterećuju već narušenu objektnu odnosno narcističnu stabilnost. Ukoliko unutrašnji i vanjski zahtjevi nadvladaju psihički kapacitet i dosegnu nepodnošljivu razinu, dolazi do impulzivnih, acting-out akcija uključujući pokušaj suicida odnosno suicid.⁴³

Sa psihodinamskog stajališta suicidalnost se promatra sa četiri bazične pozicije – kao agresiju okrenutu prema sebi, nerazriješeno (patološko) žalovanje, poremećaj funkcioniranja ega (maladaptivno, narušeno testiranje realiteta kao odgovor na osjećaj gubitka i disforičnost), patološke objektivne odnose (loša integracija i hostilni introjekti, nepotpuna separacija individuacija).⁴⁴ U skladu s opisanim, psihopatologija tijekom adolescencije izražava se vrlo često preko vlastitog tijela.² U nepovoljnim razvojnim okolnostima dolazi do zastoja i neadekvatnog razvoja sposobnosti mentalizacije (odražavanja i mišljenja o mentalnim stanjima), uključujući misli, vjerovanja, želje i afekte i sposobnost razlikovanja između svojih i onih koji pripadaju drugom. Neuspjeh razvoja mentalizacije može rezultirati smještanjem psihičkih procesa u područje tijela, pa se te procese doživljava kao psihosomatska tjelesna

stanja i procese. Nedostatak diferencijacije između uma i tijela podloga je za doživljaj tijela kao zamjene za um i mentalna stanja.^{45,46}

Proučavanja psihopatoloških karakteristika samoozljeđujućeg ponašanja većinom se mogu podijeliti na dva pristupa. S jedne strane, istraživanja se koncipiraju na središnjoj ulozi odnosa djeteta i skrbnika⁴⁷, dok s druge strane, zagovaraju se longitudinalna praćenja ukupnog funkcioniranja adolescenata, izvan uskog spektra suicidalnog ponašanja, kako bi se rasvijetlili procesi i problemi s kojima se adolescenti suočavaju.⁴⁸

Nakon dugogodišnjih razgovora među stručnjacima, prikupljanja znanstvenih i empirijskih podataka, u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5) Američkoga psihijatrijskog udruženja koje je objavljeno 2013 godine (na hrvatskom jeziku 2014. godine⁴⁹) u trećem dijelu, u poglavlju Stanja za daljnja istraživanja opisan je sklop predloženih kriterija za Nesuicidalno samoozljeđivanje. Predloženi kriteriji su:

- A. Tijekom posljednjih godinu dana osoba je sudjelovala u 5 ili više dana u hotimičnom samoozljeđivanju površine svoga tijela one vrste koja može izazvati krvarenje, modrice ili
- B. bol (npr. rezanje, paljenje, ubadanje, udaranje, ekscesivno trljanje,), očekujući da će ova ozljeda dovesti do samo manjeg lili umjerenog tjelesnog oštećenja (tj. nema suicidalnu namjeru)

Napomena: nepostojanje suicidalne namjere je bilo priopćeno od strane ove osobe ili se može zaključiti iz ponavljano sudjelovanja ove osobe u ponašanju za koje ta osoba zna ili je naučila da vjerojatno neće uzrokovati smrt.

- C. Ova osoba se uključuje u samoozljeđujuće ponašanje s jednim ili više od sljedećih očekivanja:
 - postizanje olakšanja od nekog negativnog emocionalnog ili kognitivnog stanja.
 - razrješenje neke interpersonalne teškoće.

- izazivanje nekog pozitivnog emocionalnog stanja.

Napomena: Željeno olakšanje ili odgovor doživljavaju se tijekom ili ubrzo nakon samoozljeđivanja, a ova osoba može pokazivati obrasce ponašanja koji upućuju na ovisnost o ponavljanom samoozljeđivanju.

D. Ovo namjerno samoozljeđivanje povezano je s najmanje jednim od sljedećeg:

- teškoće u međuljudski odnosima ili negativne emocije ili misli, kao što su depresija, tjeskoba, napetost, ljutnja, opća patnja ili samokritičnost, koji se zbivaju u razdoblju neposredno prije samoozljeđujućeg čina.
- zaokupljenost namjeranim ponašanjem koju je teško kontrolirati, prije angažmana u ovom činu
- razmišljanje o samoozljeđivanju koje se pojavljuje često, čak i kad se ono ne poduzima.

E. Ovo ponašanje nije socijalno prihvatljivo (npr. piercing, tetoviranje, dio vjerskog ili kulturološkog rituala) i nije ograničeno na trganje krasta ili grozjenje noktiju.

F. Ovo ponašanje i njegove posljedice uzrokuju klinički značajnu patnju ili se upliću u međuljudske, školska ili druga važna područja funkcioniranja.

G. Ovo ponašanje se ne pojavljuje isključivo tijekom psihotičnih epizoda, delirija, intoksikacije psihoaktivnom tvari, ili sindroma sustezanja od psihoaktivne tvari. U osoba s nekom neurorazvojnim poremećajem ovo ponašanje nije dio obrasca ponavljajućih stereotipija. Ovo ponašanje ne može se bolje objasniti drugim psihičkim poremećajem ili zdravstvenim stanjem (npr. psihotični poremećaj, poremećaj iz spektra autizma, intelektualna onesposobljenost, Lesch-Nyhanov sindrom, poremećaj sa stereotipnim

H. pokretima sa samoozljeđivanjem, trihotilomanija, ekskorijacijski poremećaj.

Dijagnostička obilježja - Bitno je obilježje nesuicidalnog samoozljeđivanja ponavljano nanošenje plitkih, ali ipak bolnih povreda po površini tijela. Namjera je, najčešće, da se smanje negativne emocije, kao što su napetost, tjeskoba i samopredbacivanje, i/ili razriješi neka interpersonalna teškoća. U nekim slučajevima ovo ozljeđivanje se shvaća kao zaslužno samokažnjavanje. Ova osoba će često navesti neposredni osjećaj olakšanja koji se zbiva tijekom samog čina. Kada se ovo ponašanje često događa, ono može biti povezano s osjećajem hitnosti i žudnje, a rezultirajući obrazac ponašanja slični ovisnosti. Izvođenje nesuicidalnog samoozljeđivanja na više načina je povezano s težom psihopatologijom, uključujući provođenje suicidalnih pokušaja.

Velika većina osoba koja sudjeluju u nesuicidalnom samoozljeđivanju ne traži kliničku pažnju.

Nije jasno je li to odraz učestalosti sudjelovanja u ovom poremećaju zato što se prijavljivanje o njemu smatra stigmatizirajućim ili zato što ovakva ponašanja osoba koja sudjeluje u njima doživljava pozitivno i nije motivirana za liječenje.

Razvoj i tijek - Nesuicidalno samoozljeđivanje najčešće počinje u ranim tinejdžerskim godinama i može se nastaviti dugi niz godina. Osobe se često uče ponašanju na temelju preporuke ili promatranjem drugih. Istraživanja pokazuju da po prijemu u bolnicu osobe koja je uključena u nesuicidalno samoozljeđivanje, druge osobe mogu početi s istim ponašanjem.

Rizični i prognostički čimbenici - Stope prevalencije u muških i ženskih osoba kod nesuicidalnog samoozljeđivanja bliže su jedna drugoj nego kod poremećaja sa suicidalnim ponašanjem (op. Poremećaj sa suicidalnim ponašanjem također je opisan u trećem dijelu DSM-5, u poglavlju Stanja za daljnja istraživanja), gdje je odnos žena prema muškarcima oko 3(4):1.

Predložene su dvije psihopatološke teorije – temeljene na analizama funkcionalnog ponašanja: u prvoj, baziranoj na teoriji učenja, i pozitivno i negativno potkrepljivanje podržava odeređeno ponašanje. Pozitivno potkrepljivanje može biti posljedica samokažnjavanja koje osoba osjeća zaslužnim, a samo ponašanje pobuđuje ugodno i opušteno stanje ili izaziva pozornost i pomoć važne druge osobe ili je izraz ljutnje. Negativno potkrepljivanje rezultira iz regulacije afekta i smanjenja neugodnih emocija ili izbjegavanja uznemirujućih misli, uključujući razmišljanje o suicid. Prema drugoj teoriji, nesuicidalno samoozljeđivanje smatra se oblikom samokažnjavanja, a pri čemu se u samokažnjavanju sudjeluje da bi se iskupilo za postupke koji su uzrokovali patnju ili štetu drugima.

Izvod iz potpoglavlja Diferencijalna dijagnoza:

a) *granični porermećaj ličnosti*: u prošlosti nesuicidalno samoozljeđivanje smatralo se patognomoničnim za granični poremećaj ličnosti. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti često pokazuju poremećena, agresivna i neprijateljska ponašanja, dok je nesuicidalno samoozljeđivanje povezano s fazama bliskosti, suradljivim ponašanjima i pozitivnim odnosima.

b) *poremećaj sa suicidalnim ponašanjem* (op. također opisan u poglavlju Stanja za daljnja istraživanja): razlikovanje se temelji na cilju tog ponašanja koji je ili želja za smrću (poremećaj sa suicidalnim ponašanjem) ili u nesuicidalnom samoozljeđivanju želja da se osjeti olakšanja. Kako osobe sa nesuicidalnim samoozljeđivanjem mogu učiniti i čine suicidalne pokušaje i suicide, važno je provjeriti raniju anamnezu suicidalnog ponašanja i dobiti informaciju od treće

osobe u pogledu bilo kakvih nedavnih promjena u izloženosti stresu i raspoloženju. Vjerojatnost suicidalne namjere povezana je s korištenjem više prethodnih metoda samoozljeđivanja. U jednom prospektivnom istraživanju slučajeva samoozljeđivanja u

muškaraca liječenih u jednom od nekoliko urgentnih centara u Velikoj Britaniji, za osobe sa nesuicidalnim samoozljeđivanjem bila je značajno veća vjerojatnost da počine suicid nego drugi tinejdžeri iz iste skupine. Začajan dio onih sa samoozljeđujućim ponašanjem odgovorio je pozitivno na pitanje da li su ikad sudjelovali u samoozljeđivanju s namjerom da umru. Razumno je zaključiti da je nesuicidalno samoozljeđivanje, iako nema visok rizik za suicid kad se prvi put manifestira, posebno opasan oblik samoozljeđivanja. Ovaj zaključak također podupire jedno multicentrično istraživanje depresivnih adolescenata bez ranijeg odgovora na antidepresivni lijek, koje je utvrdilo da oni s ranijim nesuicidalnim samoozljeivanjem nisu pozitivno odgovorili niti na kognitivno-bihevioralnu terapiju. Također podupire i istraživanje koje je utvrdilo da je nesuicidalno samoozljeđivanje prediktor upotrebe/zloporabe psihoaktivne tvari.

c) *trihotilomanija* – ovo ponašanje se odvija u epizodama koje mogu trajati satima.

d) *stereotipno samoozljeđivanje* – obično je uvjetovano sa intenzivnom koncentracijom ili uvjetima niske vanjske stimulacije i može biti povezano s razvojnim zaostajanjem.

e) *ekskorijacijski poremećaj* – pojavljuje se uglavnom u žena, obično je usmjeren na čačkanje nekog područja kože koje osoba doživljava ružnim ili manom, obično na licu ili vlasištu, pri čemu se koristi priborom.

Uvođenje kategorije „nesuicidalno samoozljeđivanje“ pratila je intenzivna rasprava, uz konkretne argumente za njezinu primjenu (npr. prepoznavanje stanja sa visokom prevalencijom, izbjegavanje postavljanja dijagnoze graničnog poremećaja osobnosti u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem) i protiv njezinog uvođenja (netočan je naziv „nesuicidalno“ jer se radi o jasnom rizičnom faktoru za pokušaj suicida i izvršenje suicida). Rasprava o primjerenijoj terminologiji koja opisuje samoozljeđujuće ponašanje i dalje traje. Dio znanstvene zajednice koristi naziv namjerno samoozljeđivanje, (Deliberate Self Harm,

DSH) kako bi opisali svako štetno ponašanje koje je usmjereno prema samome sebi (neposredno ili posredno) bez obzira na prisutnu ili odsutnu suicidalnu nakanu. Za razliku od ovog pristupa, nesuicidalno samoozljeđivanje opisuje samo ponašanje kod kojeg suicidalna nakana nije pristna.⁵⁰⁻⁵⁴ Komplikiranosti situacije pridonio je i u isto vrijeme objavljen pregledni članak u kojem su uspoređena čak 52 istraživanja iz cijelog svijeta i u kojem nije nađena statistički značajna razlika u prevalenciji namjernog samoozljeđujućeg ponašanja i nesuicidalnog samoozljeđivanja.⁵⁵

1.2.1. Epidemiologija samoozljeđujućeg ponašanja adolescenata u svijetu

Incidencija i prevalencija samoozljeđivanja je većinom nepouzdana zbog činjenice da je autoagresivno (autodestruktivno) ponašanje skrivano od okoline, ili nije jasno prepoznatljivo. Istraživanje provedeno u više europskih zemalja pokazalo je da je u Austriji, Belgiji, Engleskoj, Irskoj i Norveškoj učestalost samoozljeđivanja adolescenata podjednaka, dok je u Mađarskoj i Nizozemskoj niža.⁵⁶ Svega 10-15% adolescenata iz opće populacije koji se samoozljeđuju potraže zbog samoozljeđivanja pomoć u bolnicama i to najčešće zbog predoziranja (učestalije adolescentice). Ovaj podatak ukazuje na postojanje velikog broja neotkrivenih adolescenata koji imaju psihičke tegobe, uključujući ozbiljna psihijatrijske poremećaje.⁵⁷⁻⁶³ Ova “skrivena“ populacija adolescenata nedvosmisleno psihički pati, a neki od njih imaju i ozbiljne psihijatrijske probleme i potrebno je razvijati sustave koji bi im pomogle kako u trenutnoj situaciji, tako i u liječenju postojećih teškoća.

U kliničkoj populaciji adolescenata samoozljeđivanje je znatno češće prisutno u usporedbi s općom populacijom, a pogotovu u komorbiditetu u osoba sa graničnom organizacijom ličnosti, depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajima (postrtraumatski stresni poremećaj), zlouporabom psihoaktivnih tvari, poremećajima hranjenja, shizofrenijom.⁶²⁻⁶³

U slučajevima u kojim ista osoba koristi više načina samoozljeđivanja, a pogotovo ukoliko postoji psihijatrski komorbiditet, liječenje je zahtjevno i komplicirano. Planiranje i provođenje terapijskih aktivnosti, postavljanje terapijskih ciljeva i praćenje terapijskog odgovora zahtijeva multidisciplinarni pristup, kontinuirano individualizirano praćenje i procjenu stanja. Pažnju treba posebno usmjeriti na razumijevanje aktualnog samoozljeđujućeg ponašanja, te na anticipaciju, prepoznavanje i intervenciju prema precipitirajućim i rizičnim faktorima koji mogu dovesti do manifestnog samoozljeđujućeg ponašanja, odnosno pokušaja suicida.

1.2.2. Epidemiologija samoozljeđujućeg ponašanja adolescenata u Hrvatskoj

Prema posljednjem Statističkom ljetopisu Republike Hrvatske, izdanom u prosincu 2013. godine, u Republici Hrvatskoj u 2012. godini samoubojstvo je izvršilo ukupno 776 osoba, od toga 596 muškaraca i 180 žena. U dobi od 10 do 19 godina samoubojstvo je izvršilo 16 muških i 3 ženske osobe. Nesretnim slučajem preminulo je ukupno 47 osoba u dobi od 10 do 19 godina, 36 muških i 11 ženskih osoba.⁶⁴ U Republici Hrvatskoj provedeno je svega nekoliko istraživanja koja se bave autoagresivnim, autodestruktivnim, samoozljeđujućim i suicidalnim ponašanjem adolescenata.

Istraživanjem na području Splita, Kaštela i Solina, obuhvaćeno je 840 adolescenata koji su pohađali šesti razred osnovne škole i što predstavlja 26% ukupnog broja adolescenata u šestim razredima svih osnovnih škola na ispitivanom području. Rana adolescencija predstavlja optimalno razdoblje za identifikaciju rizičnih faktora za suicidalnost. Kao najvažnije rezultate istraživanja autor navodi relativno visoku učestalost samoubilačkih promišljanja (17,6%), pri čemu nisu uočene spolne razlike, nije pronađena povezanost između obiteljskog ekonomskog statusa i samoubilačkih promišljanja, utvrđena je pozitivna povezanost suicidalnih

promišljanja s nižim obrazovnim statusom roditelja. Dječaci sa suicidalnim promišljanjima češće žive u obiteljima s troje ili više djece. Adolescentice sa suicidalnim promišljanjima percipiraju svoje odnose s roditeljima i njihov međusobni odnos i povezanost s obitelji slabijima. Adolescenti, za razliku od adolescentica, sa suicidalnim promišljanjima češće imaju roditelje koji su bili sudionici Domovinskog rata (većinom očevi).⁶⁵

Istraživanjem provedenom u Osijeku obuhvaćeno je ukupno 109 bolesnika (u dobi od 11 do 18 godina, 42,2% muškog spola, 57,8% ženskog spola) i jedan od roditelja ispitanika. Ukupno 60,2% ispitanika je razmišljalo o pokušaju samoubojstva, dok je statistički značajna razlika u pokušajima suicida u adolescenata (23,9%) i adolescentica (33,3%). Samoozljeđivanje zarezivanjem kože, opekotine, udaranje prisutno je u 31,2% ispitanika, intoksiciranje alkoholnim pićima ili lijekovima u 35,2%. U skupini ispitanika s depresivnim simptomima, samoozljeđivanje i pokušaji suicida bili su značajno učestaliji.

Samoozljeđivanje je statistički značajno učestalije u adolescentica, poglavito oštrim predmetima i uzimanje lijekova bez nadzora. Adolescenti pokazuju više oblika autodestruktivnih ponašanja, uz visoki suicidalni rizik u odnosu na adolescentice. Najveći broj adolescenata s autodestruktivnim ponašanjem doživljava odnose u obitelji poremećenima, kao i odnos s ocem. Kao čimbenik rizika za autodestruktivno i heterodestruktivno ponašanje u adolescenciji prepoznati su komorbiditet s poremećajem ponašanja, anksiozni poremećaji i depresivni poremećaj.^{66,67}

U drugom istraživanju provedenom u Osijeku među 286 adolescenata u srednjim školama (99 muških, 187 ženskih, 14-18 godina) depresivnost je bila prisutna u 17,83%, a suicidalnost u 21% ispitanika.⁶⁸

U nedavnom istraživanju u Zagrebu autori su u skupini od 697 adolescenta (395 muških, 302 ženskih, 15-17 godina) ustanovili kako 16,1% ispitanika ima blage depresivne simptome,

5,5% ispitanika ima umjerno teške ili teške simptome, a granični simptomi depresivnosti prisutni su u 4,5% ispitanika. Kod ispitanica nađeni su statistički značajno učestaliji simptomi depresivnosti, anksioznosti, suicidalnosti i somatizacija u usporedbi s muškim ispitanicima. Utvrđeno je kako je depresivnost značajno povezana sa autoagresivnim ponašanjem u oba spola podjednako u slučaju umjerene depresivnosti, dok je u teško depresivnih ispitanika autoagresivnost izraženija u ispitanica.⁶⁹

U Zagrebu je provedeno istraživanje manje kliničke skupine adolescenata (N=26, Ž=19, M=9) vodeća dijagnostička kategorija bila je iz grupe poremećaj ponašanja, te depresija. Samoozljeđivanje se najčešće prvi puta pojavljivalo u dobi između 15 i 16 godina. Metode samoozljeđivanja prema učestalosti su rezanje (80,77%), paljenje (15,38%), grebanje kože (19,23%). 30% ispitanika koristilo je više metoda samoozljeđivanja. 53,85% (N=14) adolescenata je ranije pokušalo počinuti suicid, imalo je namjeru počinuti suicid ili je imalo suicidalne misli. 46,15% (N=12) adolescenata bilo je hospitalizirano ili u tretmanu dnevne bolnice više od dva puta. Sociodemografske karakteristike, bračni status roditelja, psihijatrijski poremećaji u roditelja, nasilje u obitelji, funkcioniranje obitelji odgovarali su sličnim istraživanjima u svijetu.⁷⁰

Obzirom na mali broj istraživanja, koristeći podatke iz svjetske literature i kliničko iskustvo, epidemiologiju samoozljeđujućeg ponašanja među adolescentima u Hrvatskoj moguće je, uz oprez, indirektno razmatrati kroz druga istraživanja u populaciji adolescenata poznavajući rizične i precipitirajuće faktore za samoozljeđivanje i suicidalno ponašanje.⁷¹⁻⁷⁷

1.2.3. Odnos samoozljeđujućeg i suicidalnog ponašanja

Iako samoubojstvo nije namjera samoozljeđivanja, njihova povezanost je složena, jer samoozljeđivanje može potencijalno ugroziti život.

Istraživanja nedvosmisleno ukazuju na povezanost samoozljeđivanja sa povećanim rizikom smrtnosti.⁷⁸⁻⁸⁰ U osoba koje su sklone ponavljajućem samoozljeđivanju postoji veliki rizik izvršenju samoubojstva (s obzirom da je u 40-60% osoba koje su počinile samoubojstvo utvrđeno samoozljeđivanje). No, netočan je uvriježeni stav kako su osobe sklone samoozljeđivanju suicidalne. Postojanje suicidalnih misli tijekom adolescencije značajno povećava rizik za psihijatrijske poremećaje u odrasloj dobi, te predstavlja osnovu za pokušaje suicida i izvršenje suicida. Autori ovih istraživanja smatraju da bi se ublažavanjem suicidalnih misli tijekom adolescencije mogao spriječiti napredak suicidalnog procesa.⁸¹⁻⁸³

U Sjedinjenim Američkim Državama je tijekom 2004. godine više adolescenata počinilo suicid nego što ih je preminulo zbog karcinoma, bolesti srca, prirodnih malformacija, kroničnih plućnih bolesti, infekcije HIVom, moždanog udara i diijabetesa zajedno.⁸⁴ 1,5 milijuna adolescenata pokušalo je suicid, a 2,1 milijuna srednjoškolaca pokazivalo je nesuicidalno samoozljeđujuće ponašanje tijekom posljednjih godinu dana.^{85,86} U Republici Njemačkoj su učestaliji uzrok smrti adolescenata samo nesreće (većinom u prometu).⁸⁷

Istraživanja pokazuju kako je odnos nesuicidalnog samoozljeđivanja i suicidalnog ponašanja istovjetan u različitim kulturološkim okruženjima.^{88,89}

U istraživanjima koja su se bavila različitim aspektima suicidalnog ponašanja prepoznati su faktori rizika koji značajno povećavaju vjerojatnost za pokušaj suicida i suicid kod djece i adolescenata:⁷⁰

- samoozljeđivanje – mehanizam nošenja sa negativnim životnim događajima (disfunkcionalna obitelj, loš odnos s roditeljima, nisko samopouzdanje)
- psihijatrijski poremećaji – depresivni i anksiozni poremećaji, psihotični poremećaji

- traumatska iskustva – separacijska trauma, neurotska identifikacija, parentifikacija; traumatska iskustva povezana s ratnim zbivanjima, različitim nesrećama (prirodnim, povezanim s ljudskim aktivnostima)
- genetika – transgeneracijski prijenos agresivnog i suicidalnog ponašanja
- obiteljska problematika – utjecaj roditelja na ponašanje i navike djece
- uzimanje i zloraba psihoaktivnih tvari (legalnih i/ili ilegalnih)
- posvajanje
- tjelesno i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu – zanemarivanje kao pokretač razvoja poremećaja osobnosti
- vršnjačko zlostavljanje (bullying) tijekom školovanja
- poremećaji prehrane – povezani su s drugim psihijatrijski poremećajima (poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, samoozljeđujuće ponašanje)
- psihosocijalne specifičnosti – homoseksualnost, sociokulturne grupe
- uzimanje selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina.

Silverman i sur. (2007) kod suicidalnog ponašanja razlikuje samoozljeđivanje – vlastitim ponašanjem uzrokovana ozljeda, pri čemu osoba nije namjeravala dovesti do vlastite smrti, može rezultirati lakšim ili težim ozljedama ili smrću (npr. samoskrivljena nenamjerna smrt), a može proći i bez tjelesnog oštećenja i neodređeno ponašanje povezano sa samoubojstvom - potencijalno ozljeđujuće i oštećujuće ponašanje koje je praćeno s nepoznatim ili neodređenim stupnjem suicidalne namjere; može proći bez ozljeda, ili dovesti do lakših, težih tjelesnih oštećenja i smrti.⁹⁰

Primjer Velike Britanije upozorava na nepovoljnu okolnost prisutnu u Republici Hrvatskoj, a odnosi se na samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje adolescenata. U Velikoj Britaniji se pojavnost i trend samoozljeđujućeg i suicidalnog ponašanja istražuje i prati od 1970. godine,

te se pokazalo kako učestalost samoozljeđivanja prati socio-ekonomsku situaciju u zemlji i da je visoka stopa nezaposlenosti povezana s povećanom učestalošću samoozljeđivanja i suicida.⁹¹

Međutim, unatoč dugotrajnom praćenju trenda samoozljeđivanja i postojanju nacionalnih smjernica za postupanje i liječenje u Velikoj Britaniji nije došlo do smanjenja učestalosti samoozljeđujućeg ponašanja.⁹²⁻⁹⁴

Kada se, s pozicije dječjeg i adolescentnog psihijatra, u obzir uzme ovaj podatak, kliničko iskustvo o samodestruktivnom ponašanju adolescenata općenito, dostupni podaci o pojavnosti i karakteristikama samoozljeđujućeg ponašanja u adolescenata u Republici Hrvatskoj i u svijetu, te socioekonomska i opća socijalna situacija u Republici Hrvatskoj, opravdano je reći kako se psihijatri i stručnjaci iz različitih drugih disciplina nalaze pred vrlo zahtjevnim razdobljem.

Potrebno je primjereno planiranje i organiziranje mreže zaštite mentalnog zdravlja djece i adolescenata, planiranje i izvođenje stručnih aktivnosti i javnozdravstvenih (preventivnih) akcija kako bi se smanjio i ublažio trend porasta samodestruktivnog ponašanja i spriječio napredak psihopatološkog procesa, npr. edukacija i rad s profesionalcima koji rade s djecom i adolescentima (odgajatelji u vrtićima, nastavnici), edukacija i rad s djecom i adolescentima, te (budućim) roditeljima.

1.3. Roditeljski stilovi i psihopatologija u adolescenciji

Povezanost s roditeljima (skrbnikom), odnosno privrženost (attachment), podrazumjeva trajnu emocionalnu vezu između djeteta i osobe koja se brine o njemu, obično majka. Radi se o vjerojatno urođenom modelu ponašanja zadržavanje djeteta u blizini majke.⁹⁵ U razvoju privrženosti temeljna je emotivna interakcija između majke i djeteta, dok je krajnji cilj

privrženosti regulacija osjećaja potrebe za sigurnošću, odnosno kontinuiteta osjećaja sigurnosti u djeteta.^{96,97} Razvoj privrženosti odvija se u fazama. U prvih 2-3 mjeseca života formira se početna komunikacija između djeteta i majke kroz vizuelni kontakt, dodir, zvuk i miris. sljedećih tri mjeseca dijete se postupno veže za jednu ili ponekad više osoba u svojoj okolini. Do kraja 2. godine dijete pokazuje jasno izražen separacijski strah (plače i pokazuje znakove uznemirenosti) kada je odvojeno od osobe uz koju se vezalo. Sve kasnije emotivne veze uključuju i neke komponente ovog oblika privrženosti. Razdvojenost od majke dijete najteže podnosi u razdoblju od 6. mjeseci do 4. godine života.⁹⁸ Potreba i težnja za privrženošću traje tijekom čitavog života i očituje se kroz sklonost i kapacitet za socijalizaciju. Tako se, npr. u adolescenciji privrženost, osim uz roditelje, može ostvariti prema rođacima, učiteljima, trenerima ili nekim drugim važnim figurama.

Većina djece pri ponovnom susretu s majkom pokazuje aktivno traženje intreakcije s njom, što upućuje na razvijenu sigurnu privrženost (tzv. grupa B), pri čemu je najvažnije da dijete doživi kako majka adekvatno odgovara na njegove tjelesne i psihičke potrebe.^{99,100}

Djeca koja pri ponovno susretu s majkom pokazuju izbjegavanje ili ignoriranje majke razvila su izbjegavajuću privrženost (grupa A), dok se djecu koja pri ponovnom susretu s majkom pokazuju istovremeno ambivalentno, odbijajuće ponašanje i aktivno traženje majčine blizine i kontakta opisuje razvijenom opirućom privrženošću (grupa C). Djecu iz grupa A i C smatra se nesigurno privrženima.^{101,102} Tijekom kasnijih razvojnih faza ova djeca, uslijed nedovoljne ili nedosljedne dostupnosti majke i biološke vulnerabilnosti, imaju poteškoća sa sposobnosti za prilagodbu, a što dovodi do potencijalnih zastoja ili odstupanja u razvoju, u različitom intenzitetu i različitim aspektima¹⁰³.

Kvaliteta privrženosti i emocionalna regulacija usko su povezani. Sposobnost za prihvaćanje i integraciju pozitivnih i negativnih emocija opisuje sigurno privržene osobe. Nesigurna

privrženost obilježena je povišenim negativnim afektom, pa takve osobe kada dožive odbacivanje minimaliziraju negativne afekte u nastojanju da izbjegnu nova buduća odbacivanja, ili pokušavaju pojačavati negativne afekte čime nastoje povećati mogućnost zadobivanja pažnje od strane majke (osobe) koja je nedovoljno dostupna. Oba ova obrasca regulacije emocija imaju za cilj zadržati dijete u blizini majke (osobe) i osigurati osjećaj sigurnosti i zaštićenosti.¹⁰⁴

Istraživanja su pokazala da se oblici i kvaliteta privrženosti transgeneracijski prenose.¹⁰⁵ Životne okolnosti imaju značajan utjecaj na dodatno oblikovanje transgeneracijski prenesenih formi privrženosti, te je moguće ponekada i vlastitim angažmanom, ali češće putem psihoterapije umanjiti posljedice nepovoljnog ranog iskustva i tako prekinuti transgeneracijski prijenos nesigurnih oblika privrženosti.⁹⁷

Novija razmatranja opisanih fenomena uvela su novinu u shvaćanje i tumačenje privrženosti pridavanjem veće mogućnosti potencijalne uloge temperamenta samog djeteta (autonomna stabilnost, prag tolerancije frustracija) na kvalitetu privrženosti.¹⁰⁶

Kvaliteta i obilježja roditeljskog stila značajno utječe na sve aspekte psihofizičkog razvoja djeteta i adolescenta. Jasno je i nedvosmisleno dokazano brojnim istraživanjima da je roditeljski stil može biti rizični faktor za nastanak različitih psihopatoloških poremećaja, npr. suicidalno ponašanje i pokušaji suicida, poremećaji prehrane, rizično seksualno ponašanje, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, zlouporaba psihoaktivnih tvari.¹⁰⁷⁻¹¹⁶

Poznavanje roditeljskog stila doprinosi razumijevanju funkcioniranja pacijentovog psihičkog sustava i obiteljske dinamike, te planiranju terapijskih intervencija, kako prema djetetu odnosno adolescentu, tako i prema roditeljima. „Dovoljno dobro roditeljstvo“¹¹ ima razvojno povoljan učinak na ukupno psihičko funkcioniranje djeteta, čime se postiže bolja

kompetencija i otpornost u nepovoljnim okolnostima (bilo intrapsihičkim ili okolinskim), a time i zaštitni učinak od pojave i razvoja psihopatoloških fenomena i sindroma.¹¹⁷⁻¹¹⁹

1.4. Mehanizmi obrane

Svaka osoba raspolaže prirođenim i stečenim (razvijenim) mentalnim kapacitetima. Ovi kapaciteti ovise o interakcijama konstitucijskih karakteristika (biološki aspekt), trenutnoj razvojnoj fazi i okolnostima kroz koje je osoba prolazila tijekom dosadašnjih faza razvoja. Podražaji suviše jakog intenziteta nadilaze trenutni psihički kapacitet mnogo češće u ranijoj životnoj dobi zbog nerazvijenosti ego i njegovih funkcija. Tada je uz empatičnost majke, vrlo važna i njezina sadržavajuća (konteinirajuća) i podupiruća funkcija. Na osnovu ovog ranog iskustva dijete će odustnost majke početi prepoznavati, u razvojnom smislu, kao jednu od opasnih situacija. Tijekom razvoja dijete nauči (preko senzorne percepcije, pamćenja) anticipirati nadolazak trumatske situacije i na anticipirane opasnosti reagirati razvojem „signalne anksioznosti“⁸. Signalna anksioznost je ublažena, atenuirana anksioznost koja mobilizira obrane. Nekoliko tipičnih situacija kod kojih se razvija strah su prema Freudu (1905.), u razvojnom slijedu su gubitak objekta, gubitak ljubavi objekta i kazne od strane superega (krivnja).

Ego može koristiti sve procese normalne ego formacije i funkcije u obrambene svrhe. Anna Freud (1936.) opisala je osnovne mehanizme obrane.¹²⁰

Različiti psihoanalitički pravci na različite načine sagledavaju oblik, funkciju i važnost pojedinih mehanizama obrane, pa tako ego psiholozi ističu funkciju obrane protiv anksioznosti, teoretičari objektnih odnosa u prvi plan stavljaju separaciju i granice self- i -objekt reprezentacija, dok self psiholozi naglašavaju ulogu obrana u nastojanju da se održi konzistentan i pozitivno vrednovan osjećaj selfa. Većina autora se slaže u tome da postoji

hijerarhija obrana od nezrelih, aktivnijih u djetinjstvu (ili kasnije u psihopatološkim stanjima) do zrelijih, karakterističnih za kasnije stadije razvoja. Određeni mehanizmi obrane mogu biti aktivni i u normalnom životu i u psihopatologiji, naravno, na različite načine i u određenim okolnostima. Na primjer, prolazna regresija u djeteta koje usvaja nove vještine je mehanizam obrane u funkciji razvoja; u odraslih zdravih osoba prolazna regresija koja pojačava osjećaj ovisnosti može olakšati prilagodbu u zahtjevnim realnim okolnostima, dok u psihopatološkom stanju u sklopu opsesivno kompulzivnog poremećaja služi kao mehanizam obrane od proboja opasnih misli ili želja iz nesvjesnog. Prisutnost nezrelih obrana ne isključuje zreliju razinu funkcioniranja, ali samo ukoliko su prisutni i zreliji mehanizmi obrane. Mehanizmi obrane prvi su psihoanalitički koncept koji je prepoznat od Američko psihijatrijsko udruženje. U četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-4) Američkog psihijatrijskog udruženja koje je objavljeno 1994. godine, u poglavlju Stanja za daljnja istraživanja (na hrvatskom jeziku objavljenom 1998. godine) klasificirano je dvadeset mehanizama obrane. U nezrele mehanizme obrane svrstani su projekcija, pasivna agresija, acting-out, izolacija, devaluacija, autistične fantazije, poricanje, premještanje, disocijacija, splitting, racionalizacija i somatizacija. U neurotske mehanizme obrane svrstani su poništavanje, pseudoaltruizam, idealizacija i reaktivna formacija, dok su u zrele mehanizme obrane svrstani sublimacija, anticipacija i potiskivanje.¹²¹⁻¹²⁴

Stjecanjem uvida u mehanizme obrane tijekom dijagnostičkog procesa kliničar može razumjeti ono što mu je u početku neshvatljivo u pacijentovom funkcioniranju, adaptivne i maladaptivne mehanizme obrane koji sudjeluju u iskrivljenoj percepciji pacijentovog unutrašnjeg i vanjskog svijeta. Naročito je korisno poznavanje i razmjere korištenja nezrelih mehanizma obrane.¹²⁵ Pojačano korištenje pogotovo nezrelih obrana čini ponašanje krutim i prenatlaženim.

U Hrvatskoj je provedeno prospektivno istraživanje mehanizama obrane među učenicima prvog razreda srednje škole, provedeno u dva navrata, na početku školske godine N1=266, N=205 (77.06%) adolescentica, N=61 (22.93%) adolescenata, i na kraju školske godine, N2=228, N=178 (78.70%) adolescentica, N=50 (21.93%) adolescenata. Usporedba rezultata pokazala je znatno povišenje razine i učestalosti korištenja regresije pri drugom mjerenju u odnosu na prvo, te znatno smanjenje reaktivne formacije pri drugom mjerenju u odnosu na prvo. Adolescenti češće od adolescentica koriste potiskivanje, dok adolescentice češće koriste reaktivnu formaciju. U prvom mjerenju premještanje je bilo češće korišteno u adolescenata, no spolna razlika nestala je pri drugom mjerenju.¹²⁶

Usporedba mehanizama obrane u adolescenata sa shizofrenijom (N=71), depresivnim poremećajem (N=28), opsesivno kompulzivnim poremećajem (N=24) i mehanizama obrane adolescenata bez psihijatrijske dijagnoze pokazala je da su projekcija, premještanje i regresija povezani s ljutnjom, premještanje, reaktivna formacija i poništavanje sa anksioznošću, a poricanje je negativno povezano s depresivnošću.¹²⁷

U usporedbi mehanizama obrane hospitaliziranih adolescenata ustanovljeno je da češće koriste poricanje, premještanje, potiskivanje, a rjeđe sublimaciju, u usporedbi s općom populacijom adolescenata. Suicidalni hospitalizirani učestalije koriste premještanje, a rjeđe kompenzaciju u odnosu na nesuicidalne hospitalizirane adolescente. Poricanje i regresija su u pozitivnoj korelaciji, a sublimacija je u negativnoj korelaciji sa suicidalnošću i agresivnim ponašanjem. Introjeksija i potiskivanje koreliraju samo sa suicidalnim ponašanjem. Pretjerano korištenje premještanja povezano je s povećanim rizikom za suicidalno i agresivno ponašanje dok je sublimacija vjerojatno zaštitni faktor. Uz to, nekoliko drugih nezrelih mehanizama obrane pojačavaju agresivnost, koja se zatim usmjerava na sebe.^{128,129}

1.5. Aleksitimija

Koncept aleksitimije uveden je u medicinsku terminologiju 1972. godine, a njime se opisuje specifičan sklop poremećaja u prepoznavanju, shvaćanju, opisivanju, karakteriziranju i iskazivanju vlastitih osjećaja, gotovo odsutnoj simbolizaciji u razmišljanju, oskudnim kapacitetom za apstrakciju (maštanje, fantazije).¹³⁰

Više studija ukazuje na povezanost neuroticima (introverzija) i aleksitimije (uz somatizacije i disfornost), te da kompleksnost aleksitimije obuhvaća snižen prag tolerancije stresnih iskustava, rijetko doživljavanje pozitivnih osjećaja uz tendenciju anksioznosti i depresivnosti, ograničenu imaginaciju, zanemarivanje vlastitih osjećaja i izbjegavanje komunikacije o osjećajima općenito s drugim osobama.^{131,132}

Uz psihosomatske bolesti, kod kojih je prvo prepoznata, istraživanja su pokazala da je prisutna u različitim psihopatološkim stanjima – poremećajima raspoloženja i anksioznim poremećajima (posttraumatska stanja, somatoformni poremećaji), poremećajima hranjenja, poremećajima osobnosti, raznim ovisnostima, psihogeno uvjetovani bolni sindromi.¹³³⁻¹³⁵

Multidisciplinarna istraživanja i stvaranje novih koncepata u psihoanalizi pomogli su nadopunjavanje starih i kreiranje novih koncepata o self-regulaciji i regulaciji afekta (i mogućnosti recipročnog utjecaja afekata na regulaciju mišljenja i ponašanja).

Budući da afekti sačinjavaju jedinstveni, osoban način doživljavanja sebe i okoline, oni svakom iskustvu daju individualno specifičnu važnost, emocionalno značenje i smisao i neodvojivi su dio drugih psihičkih funkcija, npr. mentalizacije, pažnje, kritičnosti, imaginacije, snova, mehanizama obrane, verbalne komunikacije itd. Dodatni (ukupni, a posebno zdravstveni) problem predstavlja činjenica da aleksitimične osobe otežano i ograničeno izražavaju svoje tegobe, probleme, poteškoće drugim ljudima (roditeljima, prijateljima, liječnicima), te zbog toga ostaju lišeni pomoći i utjehe.¹³⁷ Aleksitimiju se može

podijeliti na primarnu, neurobiološki uvjetovanu, koja predstavlja trajno obilježje osobnosti i sekundarnu, psihosocijalno uvjetovanu, koja je se pojavljuje i razvija reaktivno, privremeno i prolazno, u sklopu reakcije odnosno adaptacije na određenu emocionalno zahtjevnu okolnost (npr. zastoj afektivnog razvoja zbog različitih psihopatološka stanja, tjelesna bolest).¹³⁸

U skladu s navedenim teorijskim konceptima radi se o dubljem (disocijativnom) procesu, dakle ne samo u poteškoćama verbalizacije, nego i na neverbalnoj razini¹³⁹, u kojem uslijed različitih etioloških faktora (npr. traumatska iskustva, razvojne smetnje, genetska predispozicija, nepovoljne realitetne okolnosti) dolazi do aberacije u procesiranju i integraciji emocionalnih i kognitivnih aspekata iskustva na funkcionalnoj i neuroanatomskoj razini.

Više je studija pokazalo da kod tretmana različitih poremećaja aleksitimija može postojati i nakon jasnog i značajnog povlačenja drugih psihičkih tegoba, te da njezino postajanje odnosno intenzitet ovisi i o trenutnom psihičkom stanju.¹⁴⁰⁻¹⁴³

U kliničkoj populaciji adolescenata zapažena je viša razina aleksitimije kod osoba sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na one bez samoozljeđujućeg ponašanja.¹³⁸

Međutim, za razliku od ovog istraživanja Nock i suradnici zapazili su potpuno obrnutu situaciju.¹⁴⁴ Ovi naizgled kontradiktorni nalazi mogu se protumačiti na sljedeći način - adolescenti sa samoozljeđujućim ponašanjem intenzivnije proživljavaju svoje osjećaje, no budući da ih ne mogu izraziti, opisati, ranjiviji su prema samoozljeđivanju kao pomoći za ublažavanje neizraženih, zadržanih osjećaja (afekta).

Obzirom na česte somatizacije ove osobe nerijetko prolaze niz nepotrebnih medicinskih pretraga uzrokujući frustraciju u liječnika i medicinskog osoblja.¹⁰¹

2. SVRHA RADA, HIPOTEZA I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

2.1. Svrha rada

Nesuicidalno autoagresivno ponašanje mladih je komplicirano zbivanje koje proizlazi iz bioloških, psiholoških, kulturoloških i društvenih okolnosti. Razumijevanje tih okolnosti nužno je potrebno obzirom na razmjere, trend i moguće kratkoročne i dugoročne posljedice, te potencijalno nepovoljne ishode (od nerealizacija vlastitih mogućnosti i niske kvalitete života do suicida). Proširivanjem i produbljivanjem razumijevanja psiholoških aspekata samoozljeđujućeg ponašanja moguće je planirati, razvijati i provoditi preventivne i kurativne programe koji su za sada vrlo oskudni u Republici Hrvatskoj, prilagođene aktualnoj situaciji i okolnostima.

2.2. Hipoteza

Postoje psihopatološke specifičnosti adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem po kojima se oni razlikuju od adolescenata koji ne pokazuju takvo ponašanje.

2.3. Ciljevi istraživanja

Opći cilj:

Istražiti pojavnost nekih unutrašnjih i vanjskih čimbenika u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na adolescente koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje u svrhu boljeg razumijevanja psihopatološke podloge samoozljeđujućeg ponašanja.

Specifični ciljevi:

1. Usporedba razvojnih iskustava u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na adolescente koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje.
2. Usporedba mentalnih stanja u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na adolescente koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje.
3. Usporedba aktualnih vanjskih okolnosti u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na adolescente koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje.
4. Usporedba mehanizama obrane u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na one koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje.
5. Usporedba povezanosti s roditeljima adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na adolescente koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje.
6. Usporedba sposobnosti i načina izražavanja emocija adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u odnosu na adolescente koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje.

3. ISPITANICI I METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

3.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 150 adolescenata u dobi od 14 do 18 godina koji su po prvi puta u životu pregledani od dječjeg i adolescentnog psihijatra (Tablica 2). Istraživanje je provedeno u Specijalističkom zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Klinike za psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb.

Svi podaci su prikupljeni tijekom prvog psihijatrijskog pregleda koji se sastojao od inicijalnog razgovora s adolescentom i roditeljem ili roditeljima, nakon čega su adolescenti ispunjavali samoocjenjske upitnike.

U istraživanje nisu uključivani adolescenti sa kroničnim organskim bolestima, psihotičnim poremećajima i smanjenim intelektualnim sposobnostima.

Podaci koji su prikazani prikupljeni su tijekom školske godine 2012. – 2013.

Nakon inicijalnog razgovora i provedene obrade prikupljenih podataka, ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: grupu ispitanika sa pozitivnom anamnezom samoozljeđujućeg ponašanja i grupu sa negativnom anamnezom samoozljeđujućeg ponašanja. U skupini ispitanika sa pozitivnom anamnezom samoozljeđujućeg ponašanja bilo je 24 ispitanika (Tablica 3a) i 55 ispitanica (Tablica 3b). U skupini ispitanika sa negativnom anamnezom samoozljeđujućeg ponašanja bilo je 45 ispitanika i 26 ispitanica.

Tablica 2. Razdioba ispitanika prema spolu i godinama života

Dob (godine)		Spol		Ukupno
		Muški	Ženski	
14	N	7	10	17
	hp ^b	41,2	58,8	100,0
	vp ^c	10,1	12,3	11,3
15	N	7	14	21
	hp	33,3	66,7	100,0
	vp	10,1	17,3	14,0
16	N	28	23	51
	hp	54,9	45,1	100,0
	vp	40,6	28,4	34,0
17	N	14	15	29
	hp	48,3	51,7	100,0
	vp	20,3	18,5	19,3
18	N	13	19	32
	hp	40,6	59,4	100,0
	vp	18,8	23,5	21,3
Ukupno	N	69	81	150
	hp	46,0	54,0	100,0

$$X^2 = 3,576; df = 4; p = 0,467$$

N - broj ispitanika, hp - horizontalni postotak (%), vp - vertikalni postotak (%)

Tablica 3a. Učestalost samoozljeđujućeg ponašanja kod ispitanika, po dobi

Dob (godine)		Samoozljeđivanje		Ukupno
		Da	Ne	
14	N	3	4	7
	hp ^b	42,9	57,1	100,0
	vp ^c	12,5	8,9	10,1
15	N	2	5	7
	hp	28,6	71,4	100,0
	vp	8,3	11,1	10,1
16	N	7	21	28
	hp	25,0	75,0	100,0
	vp	29,2	46,7	40,6
17	N	3	11	28
	hp	21,4	78,6	100,0
	vp	12,5	24,4	20,3
18	N	9	4	13
	hp	69,2	30,8	100,0
	vp	37,5	8,9	18,8
Ukupno	N	24	45	69
	hp	34,8	65,2	100,0

$X^2 = 9,403$; $df = 4$; $p = 0,05$; $odds = 0,533$

N - broj ispitanika, hp - horizontalni postotak, vp - vertikalni postotak

Tablica 3b. Učestalost samoozljeđujućeg ponašanja kod ispitanica, po dobi

Dob (godine)		Samoozljeđivanje		Ukupno
		Da	Ne	
14	N	5	5	17
	hp ^b	50,0	50,0	100,0
	vp ^c	9,1	19,2	11,3
15	N	10	4	21
	hp	71,4	28,6	100,0
	vp	18,2	15,4	14,0
16	N	15	8	51
	hp	65,2	34,98	100,0
	vp	27,3	30,8	34,0
17	N	10	5	29
	hp	66,7	33,3	100,0
	vp	18,2	19,2	19,3
18	N	15	4	32
	hp	78,9	21,1	100,0
	vp	27,3	15,4	21,3
Ukupno	N	55	26	81
	hp	67,9	32,1	100,0

$$X^2 = 2,700; df = 4; p > 0,05; odds = 2,115$$

N - broj ispitanika, hp - horizontalni postotak (%), vp - vertikalni postotak (%)

Omjer vjerojatnosti (odds ratio, OR) postojanja samoozljeđujućeg ponašanja među spolovima iznosi 3,966. Ovaj podatak ukazuje na četverostruko veću pojavnost samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanica u odnosu na ispitanike u ispitivanoj kliničkoj skupini.

3.2. Mjerni instrumenti

U ovom istraživanju korišteni su sljedeći instrumenti:

- Semistrukturirani klinički intervju za djecu i adolescente
- Opći upitnik
- Torontska skala aleksitimije
- Upitnik povezanosti s roditeljima
- Upitnik o obrambenim stilovima
- Prilagođena skala funkcionalne procjene samomutilacije
- Izvješće za mlade od 11 do 18 godina

3.2.1. Semistrukturirani klinički intervju za djecu i adolescente

Semistrukturirani klinički intervju za djecu i adolescente, Semistructured Clinical Interview for Children & Adolescents /SCICA/Ages 6-18, provodi psihijatar tijekom razgovora s adolescentom. Ovaj polustrukturirani klinički intervju uključuje šest skala bodovanja (agresivno ponašanje / kršenje pravila, anksioznost / depresivnost, probleme pažnje, jezični / motorički problemi, problemi samokontrole, tjelesni problemi i povlačenje / depresivnost, internalizirajući i eksternalizirajući problemi). Preveden je na više svjetskih jezika, široko je primjenjivan, te je njegova vrijednost potvrđena u brojnim kliničkim istraživanjima. Preveden je i na hrvatski jezik i standardiziran na hrvatskoj populaciji adolescenata.¹⁴⁵

3.2.2. Opći upitnik

Opći upitnik je konstruiran za potrebe svakodnevnog kliničkog rada. Sakupljaju se osobni podaci (spol, dob, nacionalnost, religioznost), podaci o primarnoj obitelji (broj djece u obitelji i redosljedu rođenja ispitivanog adolescenta, bračno stanje roditelja, članovima kućanstva,

sudjelovanje oca u Domovinskom ratu i (zdravstveni) status koji proizlazi iz sudjelovanja, obrazovanje i zaposlenje roditelja, zdravstveni status roditelja), socioekonomski podaci (stambene prilike, adolescentova procjena ukupnih primanja u obitelji).

3.2.3. Torontska skala aleksitimije

Torontska skala aleksitimije (Toronto alexithymia scale 20, TAS-20; Kulenović, Buško, 2004) najčešće je korišten instrument za procjenu aleksitimije u istraživanjima, epidemiološkim studijama i kliničkoj praksi. Svojstva ove trodijelne skale, utemeljene na samoprocjenama, dobro su poznata i višekratno potvrđena. Torontska skala aleksitimije instrument je procjene aleksitimije, u sebi sadrži tri podskale: nemogućnost prepoznavanja osjećaja, opisivanja osjećaja i prema realitetu usmjereno mišljenje. Upitnik ispunjavaju ispitanici i sastavljen je od 20 čestica, izraženih Likertovom skalom od 1 do 5 (1 - izrazito se ne slažem do 5 – izrazito se slažem), koji formiraju tri subskale: teškoće u prepoznavanju osjećaja, teškoće u opisivanju osjećaja, prema realitetu usmjereno mišljenje. Maksimalni ukupni zbroj iznosi 100, pri čemu vrijednosti više i jednako 61 definiraju aleksitimiju, 52-60 moguću aleksitimiju, dok 51 bod i manje upućuju na odsutnost aleksitimije.¹⁴⁶⁻¹⁴⁸ Unutarnja konzistencija je 0.81 (Prilog 1).

3.2.4. Upitnik povezanosti s roditeljima

Upitnik povezanosti s roditeljima (Parental Bonding Instrument, PBI) je samoocjenjska ljestvica koja se sastoji od 25 tvrdnji, te mjeri percepciju ispitanika o roditeljskom stilu svojih roditelja tijekom djetinjstva, zasebno za majku i oca. Ispituju se percepcije dvaju dimenzije roditeljskog stila: brižnosti i prezaštićivanja / kontrole. Ispitanici procjenjuju svaku tvrdnju na skali od 4 stupnja od «vrlo slično» do «vrlo različito». Visok rezultat na skali brižnosti

odražava percepciju brižnog i nježnog roditeljstva. Visok rezultat na skali prezaštićivanja odražava percepciju pretjerano zaštitničkog i kontrolirajućeg roditeljstva. Kada se ove dvije skale uzmu u obzir zajedno, proizlaze četiri tipa povezanosti roditelj-dijete:

- niska briga visoka zaštita – bezosjećajna kontrola (eng. affectionless-control);
- niska briga niska zaštita – zanemarujući tip (eng. neglectful);
- visoka briga visoka zaštita – osjećajno ograničavanje (eng. affectionate constraint);
- visoka briga niska zaštita – optimalni tip (eng. optimal).

PBI je široko korišten upitnik u kliničkim i nekliničkim populacijama, te su utvrđena prihvatljive psihometrijske karakteristike uključujući unutarnju konzistenciju za skalu brige (0.75–0.83) i zaštite (0.82–0.86), te test-retest reliabilnost koja je iznosila .76 za skalu brige, te .63 za skalu pretjerane zaštite. Za majke, granica na skali brige iznosi 27 i na skali zaštite 13,5. Za očeve, granica na skali brige iznosi 24 i 12,5 na skali zaštite (Prilog 1).^{149,150}

3.2.5. Upitnik o obrambenim stilovima

Upitnik o obrambenim stilovima (Defense Style Questionnaire – DSQ) je u svijetu dobro poznat instrument koji ima široku primjenu u istraživanjima, validiran je i za adolescentni uzrast. Sastoji se od 40 čestica na koje ispitanici odgovaraju zaokruživanjem broja na skali od 1 do 9 koji najbolje opisuje njihov stav prema navedenoj tvrdnji. Upitnik DSQ-40 mjeri tri faktora prema kojima je izvršena podjela mehanizama obrane na: zrele mehanizme obrane (sublimacija, humor, anticipacija i potiskivanje); neurotske mehanizme obrane (poništenje, pseudoaltruizam, idealizacija i reaktivna formacija); nezrele mehanizme obrane (projekcija, pasivna agresija, acting-out, izolacija, obezvređivanje-devalvacija, autistička fantazija,

izbjegavanje, premještanje, disocijacija, rascjep-spliting, racionalizacija i somatizacija) (Prilog 1).¹⁵¹ Unutarnja konzistencija upitnika je 0,75.

3.2.6. Skala funkcionalne procjene samomutilacije, prilagođena i proširena verzija

U originalnoj verziji samoprocjenski upitnik Functional Assessment of Self Mutilation, FASM, autori Lloyd E, Kelley M, Hope T. (1997) sastoji se od 39 čestica, 11 govore o učestalosti i intenzitetu različitih oblika samoozljeđivanja u posljednjih godinu dana, 6 čestica istražuju čimbenike povezane s epizodama samoozljeđivanja (prateći intenzitet boli, planiranje, suicidalna namjera), 22 čestice istražuju motivaciju za samoozljeđivanje, što omogućuje razmatranje funkcije samoozljeđivanja kod svakog od ispitanika. Rezultati se razvrstavaju prema intenzitetu, u blago, umjereno ili teško samoozljeđivanje. Unutarnja konzistencija upitnika je 0,66.

Za potrebe ovog istraživanja skala je modificirana prema aktualnim podacima iz literature i kliničkom iskustvu, te je proširena česticama o indirektnim oblicima samoozljeđujućeg ponašanja i specifičnim pitanjima koja detaljnije opisuju vanjske (npr. utjecaj psihoaktivnih tvari) i unutarnje (motivacija, svrha i očekivani učinak samoozljeđivanja) okolnosti prije, tijekom i nakon akta samoozljeđivanja. Nadalje, skala motivacije za samoozljeđivanje upotpunjena je podacima iz kliničke prakse, te su ustanovljene dvije podskale i to skala unutrašnje motivacije za samoozljeđivanje i skala vanjske motivacije za samoozljeđivanje, koje pobliže opisuju intrapsihičke i okolinske procese koji prethode autoagresivnom ponašanju (Prilog 1).^{152,153}

3.2.7. Samoizvješće za mlade od 11 do 18 godina

Samoizvješće za mlade od 11 do 18 godina (Youth Self Report, YSR) ispunjavaju adolescenti (Achenbach 2001.). Upitnik se sastoji od dva dijela. Prvi dio se odnosi na podatke o osobnom, socijalnom i školskom funkcioniranju adolescenta. Drugi dio sadrži 112 čestica (tvrdnji) koje se procijenjuju sa 0 – nije točno, odnosno tvrdnja ne opisuje ispitanika; 1 –donekle točno; 2 – tvrdnja je često točna. Zbrojevi pojedinih čestica oblikuju osam sindromskih skala (skala povučenosti, skala tjelesnih smetnji, anksiozno/depresivna skala, skala socijalnih problema, skala problema mišljenja, skala problema pažnje, skala delinkventnog ponašanja i skala agresivnog ponašanja). Ove sindromske skale su na temelju faktorske analize drugog reda podijeljene u tri grupe: internalizirajući poremećaji, eksternalizirajući poremećaji i miješani poremećaji, koji se ne mogu uvrstiti niti u internalizirajuće niti u eksternalizirajuće poremećaje. Upitnik je standardiziran na našoj populaciji i korišten je s dopuštenjem autora (Prilog 1).^{154,155} Unutarnja konzistencija upitnika je 0,88.

3.3. Statističke metode

Za potrebe analize prikupljenih rezultata upitnika, korištene su metode deskriptivne i inferencijalne statistike, te grafički prikazi pojedinih rezultata. Od metoda deskriptivne statistike rezultati su prikazani učestalošću zastupljenosti ispitanika po pojedinim kategorijama, kako su opisane demografske karakteristike uzorka, aritmetičkom sredinom, te standardnom devijacijom, čime su prikazani odgovori ispitanika na intervalnim varijablama upitnika. Od metoda inferencijalne statistike korišten je Hi-kvadrat test, u svrhu analize diskrepancije u raspodjeli skupina ispitanika prema pojavnosti fenomena samoozljeđivanja, te t-test kao test usporedbe skupina ispitanika na intervalnim varijablama upitnika. Statističke značajnosti su testirane i prikazane ovisno o snazi, tako se u radu utvrđuju razlike na dva stupnja značajnosti: umjereni kriterij (5%) i strožiji kriterij (1%). T-test je korišten umjesto F-omjera, prvenstveno radi svoje robusnosti tj. neosjetljivosti na narušene pretpostavke o normalnosti distribucija i homogenosti varijanci. U slučajevima nejednakih varijanci (nastalima kao rezultat razlike u veličini uspoređivanih skupina), korištena je Welchova metoda korekcije stupnjeva slobode. Za grafički prikaz rezultata korišteni su jednostavni i složeni histogrami, boxplot dijagrami i dijagrami raspršenja. Za predviđanje postojanja samoozljeđujućeg ponašanja (kategoričke varijable) korištena je logistička regresijska analiza metodom unatrašnjeg isključivanja. U model su u prvom koraku uključene sve varijable (prediktori) koje statistički značajno razlikuju skupine ispitanika prema pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja, te se unatrašnjeg isključivanja (korak po korak) zadržavaju samo oni prediktori koji značajno doprinose objašnjenju varijabiliteta (postojanje ili odsutnost) samoozljeđujućeg ponašanja. Eliminirani su oni prediktori koji ne ostvaruju značajan doprinos prognozi zavisne varijable samoozljeđivanja (SO i bez SO) na razini značajnosti od 5%.

4. REZULTATI

4.1. Usporedba razvojnih iskustava u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

Tablica 4. Povezanost bračnog statusa roditelja i pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanika.

		Bračni status roditelja, N (%)			X ²	p
		U braku	Razvedeni	Ostalo *		
Ispitanici	SO	14 (58,3)	3 (12,5)	7 (29,2)	3,22	> 0,05
	Bez SO	28 (62,2)	11 (24,4)	6 (13,3)		
Ispitanice	SO	35 (63,6)	10 (18,2)	10 (18,2)	0,93	> 0,05
	Bez SO	14 (53,8)	7 (26,9)	5 (19,2)		

X² – hi kvadrat test, p – značajnost razlike

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja)

* samohrani roditelj, vanbračna zajednica

U ispitivanoj skupini adolescenata bračni status roditelja nije povezan sa pojavom samoozljeđujućeg ponašanja. U ispitanika X²=3,22 uz p>0,05, a u ispitanica X²=0,93, uz p>0,05 (Tablica 4).

U skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem 58,3% roditelja bilo je u braku, u 41,7% ispitanika roditelji nisu živjeli u bračnoj zajednici (bilo da su razvedeni, samohrani, ili su živjeli u vanbračnoj zajednici).

U skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem 63,6% roditelja bilo je u braku, dok 36,4% roditelja nije živjelo u bračnoj zajednici.

Tablica 5. Povezanost prisutnosti kronične bolesti majke (tjelesne i/ili psihičke) i pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanika.

		Kronična bolest majke, N (%)		X ²	p
		Ne	Da		
Ispitanici	SO	17 (77,3)	5 (22,7)	5,11	< 0,05
	Bez SO	42 (95,5)	2 (4,5)		
Ispitanice	SO	46 (86,8)	7 (13,2)	0,44	> 0,05
	Bez SO	23 (88,5)	3 (11,5)		

X² – hi kvadrat test , p – značajnost razlike

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

U ispitanika postoji statistički značajna povezanost između prisutnosti kronične bolesti majke (tjelesne i/ili psihičke) i pojave samoozljeđujućeg ponašanja (X²=5,11; p<0,05).

U ispitanica nije zapažena povezanost između prisutnosti kronične bolesti majke i pojave samoozljeđujućeg ponašanja (X²=0,44; p>0,5).

Tablica 6. Povezanost prisutnosti kronične bolesti oca (tjelesne i/ili psihičke) i pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanika.

		Kronična bolest oca, N (%)		X ²	p
		Ne	Da		
Ispitanici	SO	18 (78,3)	5 (21,7)	0,35	> 0,05
	Bez SO	37 (84,1)	7 (15,9)		
Ispitanice	SO	46 (88,5)	6 (11,5)	2,5	> 0,05
	Bez SO	17 (73,9)	6 (26,1)		

X² – hi kvadrat test , p – značajnost razlike; SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

U ispitivanoj skupini adolescenata, bez obzira na spol, prisutnost kronične bolesti oca (tjelesna i/ili psihička) nije bila povezana sa pojavom samoozljeđivanja. U ispitanika X²=0,35 uz p>0,05,dok je u ispitanica X²=2,5 uz p>0,05.

Tablica 7. Povezanost sudionništva oca u Domovinskom ratu (SDR), njegov status hrvatskog ratnog vojnog invalida (HRVI) i bolovanje od posttraumatskog stersnog poremećaja (PTSP) i pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanika

			Da N (%)	Ne N (%)	X ²	P
SDR	Ispitanici	SO	12 (52,2)	11 (47,8)	0,67	> 0,05
		Bez SO	21 (48,8)	22 (51,2)		
	Ispitanice	SO	31 (60,8)	20 (39,2)	0,119	> 0,05
		Bez SO	13 (56,5)	10 (43,5)		
HRVI	Ispitanici	SO	1 (4,3)	22 (95,7)	0,164	> 0,05
		Bez SO	3 (6,8)	41 (93,2)		
	Ispitanice	SO	9 (18)	41 (82)	1,06	> 0,05
		Bez SO	2 (8,7)	21 (91,3)		
PTSP	Ispitanici	SO	2 (8,7)	21 (91,3)	0,4	> 0,05
		Bez SO	2 (4,8)	40 (95,2)		
	Ispitanice	SO	5 (10,4)	43 (89,6)	0,74	> 0,05
		Bez SO	1 (4,3)	22 (95,7)		

X² – hi kvadrat test; p – značajnost razlike

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

U ispitivanoj skupini adolescenata nije zabilježena statistički značajna povezanost između sudionništva oca u Domovinskom ratu, njegovog statusa hrvatskog ratnog vojnog invalida niti bolovanja oca od ratnog posttraumatskog stresnog poremećaja sa pojavnošću samoozljeđujućeg ponašanja niti u ispitanica niti u ispitanika. (Tablica 7)

Tablica 8. Procjena percipirane brižnosti majke i oca, u ispitanica (Upitnik povezanosti s roditeljima).

Brižnost	Majka			Otac		
	Niska	Visoka	Ukupno	Niska	Visoka	Ukupno
SO N (%)	39 (70,9)	16 (29,1)	55 (100,0)	37 (71,2)	15 (28,8)	52 (100,0)
Bez SO N (%)	12 (48,0)	13 (52,0)	25 (100,0)	11 (47,8)	12 (52,2)	23 (100,0)
	$X^2 = 3,903; p < 0,05$			$X^2 = 3,766; p < 0,05$		

X^2 – hi kvadrat test, p – značajnost razlike; SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

U skupini ispitanica percipirana razina brige (majčinske i očinske) pokazala se statistički povezanom s pojavom samoozljeđujućeg ponašanja. Statistički značajni Hi kvadrat ($X^2 = 3,903; p < 0,05$ za majčinsku brigu i $X^2 = 3,766; p < 0,05$ za očinsku brigu) ukazuju na povezanost koja najvjerojatnije proizlazi iz smanjene brige roditelja (očeva i majki) u skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem.

Udio ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem u kojih je zabilježena percipirana niska majčinska briga činilo je 70,9%, nasuprot 48% onih u kojih samoozljeđujuće ponašanje nije bilo prisutno.

Udio ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem u kojih je zabilježena percipirana niska očinska briga je 71%, nasuprot 47,8% ispitanika u kojih samoozljeđujuće ponašanje nije bilo prisutno.

Tablica 9 . Procjena percipirane brižnosti majke i oca, ispitanici (Upitnik povezanosti s roditeljima).

Brižnost	Majka			Otac		
	Niska	Visoka	Ukupno	Niska	Visoka	Ukupno
SO N (%)	12 (52,2)	11 (47,8)	23 (100,0)	15 (65,2)	8 (34,8)	23 (100,0)
Bez SO N (%)	23 (51,1)	22 (48,9)	45 (100,0)	24 (57,1)	18 (42,9)	42 (100,0)
	$X^2 = 0,007; p > 0,05$			$X^2 = 0,404; p > 0,05$		

X^2 – hi kvadrat test, p – značajnost razlike, SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja)

U skupinama ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja nije nađena statistički značajna razlika u razinama percipirane brižnosti majki niti očeva, niti unutar niti između skupina. (Tablica 10).

Tablica 10. Distribucija roditeljskog stila roditeljskih parova prema percipiranoj sniženoj razini brižnosti, za ispitanice, sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja (Upitnik povezanosti s roditeljima).

Roditeljski stil		SO	Bez SO
		N=52	N=22
Majka N (%)	Bezosjećajna kontrola	29 (52,8)	10 (45,4)
	Zanemarujuće roditeljstvo	8 (15,4)	2 (9,1)
Otac N (%)	Bezosjećajna kontrola	28 (53,8)	10 (45,4)
	Zanemarujuće roditeljstvo	9 (17,3)	5 (22,7)

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

U ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem kod oba člana roditeljskog para zabilježena je percipirana snižena razina brižnosti u 59,6% (N=31) ispitanica, pri tome je samo kod majke odnosno samo kod oca zabilježena percipirana snižena razina brižnosti u 11,5% (N=6) ispitanika.

U ispitanica bez samoozljeđujućeg ponašanja u oba člana roditeljskog para zabilježena je percipirana snižena razina brižnosti kod 26,08% (N=6) ispitanika, pri čemu je samo kod majke percipirana snižena razina brižnosti u 17,39% (N=4), a samo kod oca u 21,74% (N=5) ispitanika.

U tablici su prikazani rezultati za roditeljske parove. Ukupna analiza roditeljskih stilova prikazana je u Prilogu 2c.

Tablica 11. Distribucija roditeljskog stila roditeljskih parova prema percipiranoj sniženoj razini brižnosti, za muške ispitanike, sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja (Upitnik povezanosti s roditeljima).

Roditeljski stil		SO N=23	Bez SO N=42
Majka	Bezosjećajna kontrola	7 (30,4)	15 (35,7)
N (%)	Zanemarujuće roditeljstvo	3 (13,0)	7 (16,6)
Otac	Bezosjećajna kontrola	9 (39,1)	13 (30,1)
N (%)	Zanemarujuće roditeljstvo	2 (8,7)	11 (26,2)

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

U ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem kod oba člana roditeljskog para zabilježena je percipirana snižena razina brižnosti u 45,4% (N=10) ispitanika, kod majke u 9,1% (N=2) ispitanika, kod očeva u 22,7% (N=5) ispitanika.

U ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja kod oba člana roditeljskog para zabilježena je percipirana snižena razina brižnosti u 40,47% (N=17) ispitanika, kod majke u 11,9% (N=5) ispitanika, a kod očeva u 16,6% (N=7) ispitanika.

U tablici su prikazani rezultati za roditeljske parove. Ukupna analiza roditeljskih stilova prikazana je u Prilogu 2d.

Tablica 12. Povezanost percipirane visine mjesečnog prihoda u obitelji i pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanika.

		Mjesečni prihod u obitelji, N (%)			X ²	p
		Ispodprosječan	Prosječan	Nadprosječan		
SO	Ispitanici	5 (23,8)	13 (61,9)	3 (14,3)	10,536	< 0,01
	Ispitanice	3 (5,7)	49 (92,5)	1 (1,9)		
Bez SO	Ispitanici	3 (7,3)	30 (73,2)	8 (19,5)	2,074	> 0,05
	Ispitanice	1 (4)	22 (88)	2 (8)		

X² – hi kvadrat test, p – značajnost razlike

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

Unutar skupine ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem, postoji statistički značajna korelacija između spola i percepcije prihoda u obitelji. Izračunati X²=10,536 statistički je značajan na razini rizika od 1%.

4.2. Usporedba psihičkog statusa u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Rezultati problemskih skala za ispitanice, sa i bez samoozljeđivanja (upitnik Samoizvješće za mlade):

U skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem zabilježen je sljedeći poredak problemskih skala prema njihovom intenzitetu i značajnosti za ispitanika (od najvišeg prema najnižem rangu): depresivnost, somatizacija, problemi mišljenja, povučenost, socijalni problemi, agresivnost, kršenje pravila, problemi pažnje.

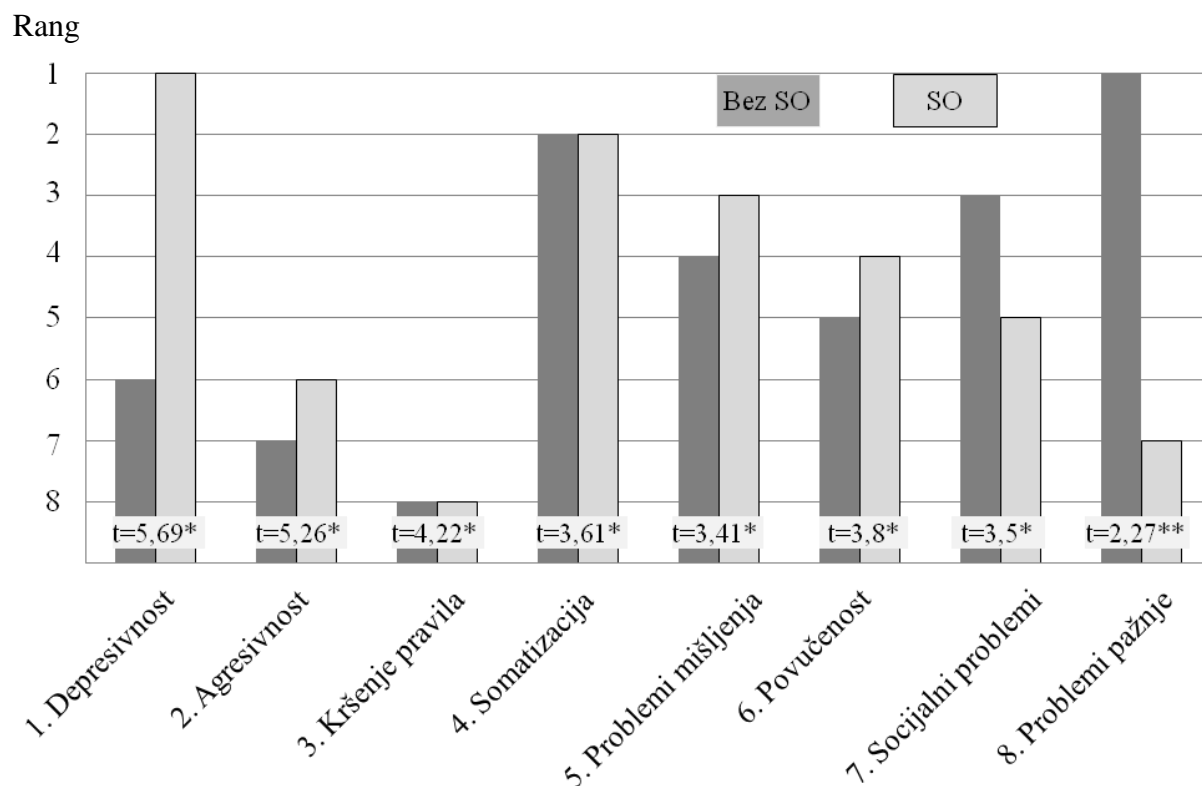
U skupini ispitanica bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježen je sljedeći poredak problemskih skala prema njihovom intenzitetu (od najvišeg prema najnižem rangu): problemi pažnje, somatizacija, socijalni problemi, problemi mišljenja, povučenost, depresivnost, agresivnost, kršenje pravila.

Statistički značajna razlika između skupina ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem i bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježena je na svim problemskim skalama (poredak po veličini statističke značajnosti razlike): depresivnost ($t=5,689$, $p<0,01$), agresivnost ($t=4,263$, $p<0,01$), kršenje pravila ($t=4,22$, $p<0,01$), somatizacija ($t=3,608$, $p<0,01$), problemi mišljenja ($t=3,413$, $p<0,01$), povučenost ($t=3,798$, $p<0,01$), socijalni problemi ($t=3,555$, $p<0,01$), problemi pažnje ($t=2,273$, $p<0,05$). (Slika 1, Prilog 2a, 2b)

Slika 1. Poredak razlika (t-test) u razinama sindromskih skala između skupina ispitanica sa (SO) i bez (bez SO) samoozljeđujućeg ponašanja i poredak sindromskih skala po skupinama (upitnik Samoizvješće za mlade)

Os x - Poredak (rang) sindromskih skala po veličini statističke razlike među skupinama ispitanica sa (SO) i bez samoozljeđujućeg (bez SO) ponašanja, 1 – razlika najveća, 8 – razlika najmanja; t - test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO, * $p < 0,01$, ** $p < 0,05$

Os y - Poredak (rang) problemske skale po pojavnosti u skupinama ispitanica sa (SO) i bez (bez SO) samoozljeđujućeg ponašanja, 1 – rang najviši, intenzitet problemske skale najveći, 8 – rang najniži.



Rezultati problemskih skala za muške ispitanike, sa i bez samoozljeđivanja (upitnik Samoizvješće za mlade):

U skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem zabilježen je sljedeći poredak problemskih skala prema njihovom intenzitetu (od najvišeg prema najnižem rangu): kršenje pravila, agresivnost, problemi pažnje, socijalni problemi, depresivnost, problemi mišljenja, somatizacija, provučenost.

U skupini ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježen je sljedeći poredak problemskih skala prema njihovom intenzitetu (od najvišeg prema najnižem rangu): agresivnost, kršenje pravila, povučenost, problemi pažnje, socijalni problemi, depresivnost, somatizacija, problemi mišljenja.

Statistički značajna razlika između skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem i bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježena je na sljedećim skalama (redoslijed po veličini statističke značajnosti razlike): depresivnost ($t=3,651$, $p<0,01$), somatizacija ($t=3,363$, $p<0,01$), socijalni problemi ($t=2,129$, $p<0,05$), problemi pažnje ($t=2,228$, $p<0,05$), problemi mišljenja ($t=2,042$, $p<0,05$). Na skalama agresivnosti, povučenosti i skali kršenja pravila nije zabilježena statistički značajna razlika između skupina ispitanika. (Slika 2, Prilog 2a, 2b)

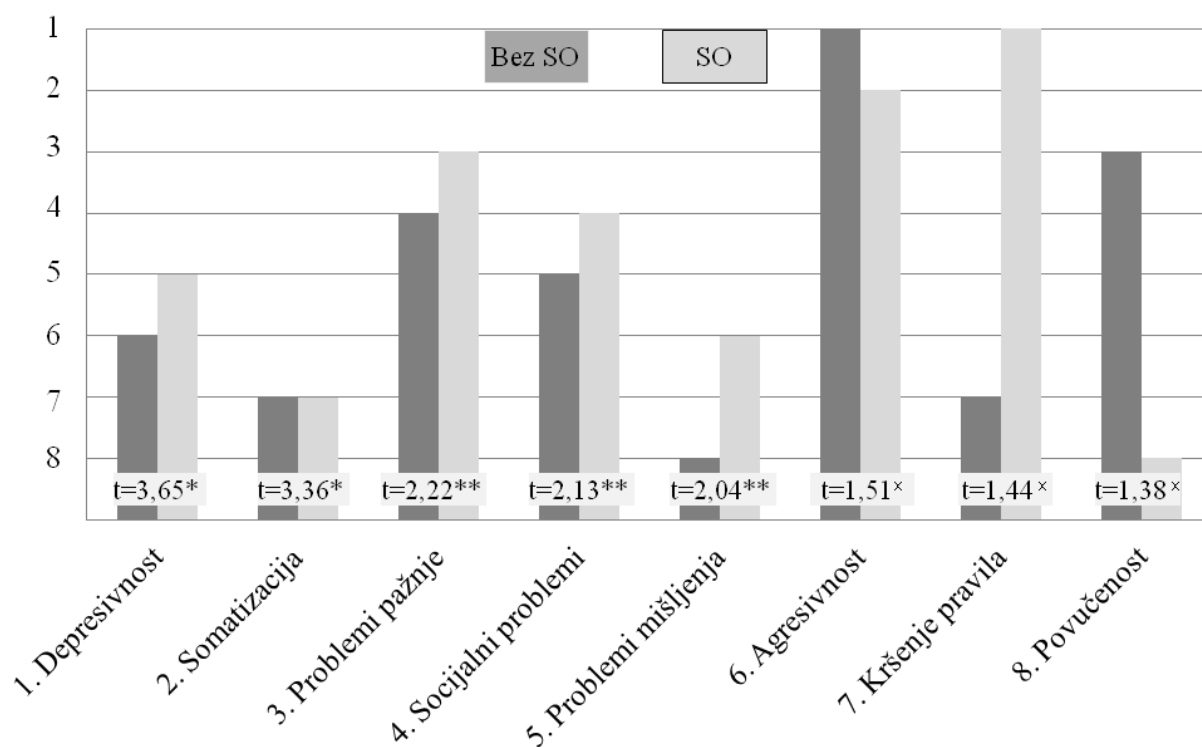
Slika 2. Poredek razlika (t-test) u sindromskim skalama između skupina ispitanika sa (SO) i bez (bez SO) samoozljeđujućeg ponašanja i rang sindromskih skala po skupinama (upitnik Samoizvješće za mlade)

Os x - Poredek sindromskih skala po veličini statističke razlike među skupinama ispitanika sa (SO) i bez samoozljeđujućeg (bez SO) ponašanja, 1 – razlika najveća, 8 – razlika najmanja; t - test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO,

* $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, ^x $p > 0,05$

Os y - Rang problemske skale u skupinama ispitanika sa (SO) i bez (bez SO) samoozljeđujućeg ponašanja, 1 – rang najviši, intenzitet problemske skale najveći, 8 – rang najniži.

Rang



Tablica 13. Prikaz usporedbe rezultata na skalama internalizirajućih problema, eksternalizirajućih problema, te problemskih skala ukupno između skupina ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja (upitnik Samoizvješće za mlade)

	Ispitanice						Ispitanici					
	SO		Bez SO		t	P	SO		Bez SO		t	p
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
Internalizirajući problemi	31,44	10,06	18,5	10,21	5,346	< 0,01	23,79	11,33	14,56	9,61	3,395	< 0,01
Eksternalizirajući problemi	22,44	10,62	12,77	7,84	4,598	< 0,01	21,71	9,7	17,64	9,97	1,64	> 0,05
Problemske skale ukupno	103,8	23,43	73,88	24,79	5,158	< 0,01	91,13	24,22	71,33	27,15	3,097	< 0,01

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

U ispitanika zabilježena je statistički značajna razlika između ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem i ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja na svim skupnim skalama, i to internalizirajućih problema ($t=5,436$; $p<0,01$), eksternalizirajućih problema ($t=4,598$; $p<0,01$), te na skali ukupnih problema ($t=5,158$; $p<0,01$) između skupina.

U ispitanika zabilježena je statistički značajna razlika između ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem i ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja na skali internalizirajućih problema ($t=3,395$; $p<0,01$), te na skali ukupnih problema ($t=3,097$; $p<0,01$) između skupina. Na skali eksternalizirajućih problema nije zabilježena statistički značajna razlika između dvaju navedenih skupina ispitanika ($t=1,64$; $p>0,05$). (Tablica 13)

Tablica 14. Aritmetičke sredine sindromskih skala i njihove T vrijednosti (upitnik Samoizvješće za mlade)

	Ženski		Muški	
	SO	Bez SO	SO	Bez SO
Povučenost	8,31	5,46	6,67	5,38
Somatizirajući problem	8,18	4,81	6,21	3,11
Depresivnost	14,95	8,23	10,92	6,07
Socijalni problemi	7,11	4,23	5,79	3,64
Problem mišljenja	8,78	5,15	6,75	4,58
Problem pažnje	9,62	7,69	8,92	6,98
Kršenje pravila	9,25	5	9,88	8,16
Agresivno ponašanje	13,18	7,77	11,83	9,49
Internalizirajući problem	31,44	18,5	23,79	14,56
Eksternalizirajući problem	22,44	12,77	21,71	17,64
Problemska skala ukupno	103,8	73,88	91,13	71,33

	T>65	Granična razina
	T>70	Klinička razina

U skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem zabilježene su kliničke razine rezultata na pojedinačnim problemskim skalama kršenja pravila, problema mišljenja i socijalnih problema. Granična razina rezultata zabilježena je na skalama povučenosti, somatizacija i depresivnosti. Rezultat na skali agresivnosti je u razini rezultata normativne skupine.

Na skupnim skalama Samoizvješća za mlade zabilježena je klinička razina na ukupnoj problemskoj skali i skali internalizirajućih problema, dok je rezultat na skali eksternalizirajućih problema bio granično klinički.

U skupini ispitanica bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježena je granično klinička razina na skali problema mišljenja. Rezultat na skali ukupnih problema svih skupina ispitanica je kliničke razine. Rezultat na ostalim skalama odgovarao je normativnoj skupini.

U skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem zabilježena je granično klinička razina na problemskoj skali somatizacije, klinička razina rezultata zabilježena je na skalama problema mišljenja i skali kršenja pravila. Granično klinička razina zabilježena je na skali internalizirajućih problema. Na skali ukupnih problema rezultati su kliničke razine. Rezultat na skali eksternalizirajućih problema odgovarao je normativnoj skupini.

U skupini ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježena je klinička razina na skali ukupnih problema. Na ostalim skalama rezultat je odgovarao normativnoj skupini. (Tablica 14)

4.3. Usporedba aktualnih vanjskih okolnosti u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Ispitanici

U Tablici 15. je prikazan izvod iz Samoizvješća za mlade za skupinu ispitanika koji se odnosi na funkcioniranje u vezi škole, odnosa s roditeljima i vršnjacima, te kršenje pravila.

U skupini čestica koje opisuju funkcioniranje u vršnjačkoj skupini statistički značajna razlika zabilježena je na čestici „Druga djeca me ne vole“ ($t=2,44$, $p<0,05$). Na ostalim česticama nije zabilježena statistički značajna razlika između skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Usporedba čestica školskih problema nije pokazala statistički značajnu razliku između skupina ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Usporedba čestica koje se odnose na funkcioniranje unutar primarne obitelji nije pokazala statistički značajnu razliku između ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Na podskali kršenja pravila u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja nije pronađena statistički značajna razlika ni na kojoj od čestica. Međutim, u obje skupine ispitanika zabilježene vrijednosti podskale kršenja pravila prelaze graničnu vrijednost za kliničku razinu smetnji. (Tablica 14)

Tablica 15. Izvod iz Samoizvješća za mlade za skupinu ispitanika; usporedba školskih problema, problema s vršnjacima, problema s roditeljima, te kršenja pravila između skupine ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

	SO			Bez SO			t	p
	M	Sd	Rang	M	Sd	Rang		
Mogu biti prilično prijateljski raspoložen	1,79	0,41	1	1,71	0,46	1	0,74	> 0,05
Neke stvari radim bolje od većine djece	1,42	0,65	2	1,47	0,55	2	-0,32	> 0,05
Ne slušam roditelje	1,00	0,66	3	0,80	0,72	4	1,16	> 0,05
Uživam biti s drugim ljudima	1,33	0,63	4	1,44	0,69	3	-0,67	> 0,05
U školi sam loš	0,92	0,77	5	0,64	0,74	6	1,41	> 0,05
Kršim pravila kod kuće, u školi i na drugim mjestima	0,83	0,63	6	0,60	0,65	8	1,43	> 0,05
Radije bih bio sam nego sa drugima	0,75	0,73	7	0,56	0,69	9	1,06	> 0,05
Kradem na mjestima van kuće	0,67	0,70	8	0,62	0,57	7	0,26	> 0,05
Bojim se ići u školu	0,58	0,77	9	0,33	0,56	15	1,39	> 0,05
Često zadirkujem druge	0,58	0,65	10	0,58	0,65	9	0,00	> 0,05
Ne slažem se s ostalom djecom	0,54	0,72	11	0,53	0,72	12	0,04	> 0,05
Ne dolazim na satove ili uopće u školu	0,50	0,59	12	0,56	0,78	10	-0,33	> 0,05
Zao sam prema drugima	0,50	0,66	13	0,36	0,53	13	0,9	> 0,05
Ne osjećam se krivim nakon što napravim nešto što ne bih smio	0,50	0,66	14	0,71	0,72	5	-1,2	> 0,05
Druga djeca me ne vole	0,46	0,66	15	0,11	0,32	20	2,44	< 0,05
Kradem kod kuće	0,42	0,71	16	0,18	0,44	17	1,48	> 0,05
Osjećam se bezvrijedno ili manje vrijedno	0,38	0,57	17	0,36	0,61	14	0,13	> 0,05
Prijetim da ću povrijediti druge	0,25	0,65	18	0,24	0,48	16	0,04	> 0,05
Osjećam da me nitko ne voli	0,25	0,44	19	0,13	0,34	18	1,12	> 0,05
Družim se s djecom koja zapadaju u nevolje	0,25	0,53	20	0,11	0,44	20	1,09	> 0,05
Bježim od kuće	0,17	0,38	21	0,11	0,32	20	0,61	> 0,05

SO – samoozljeđujuće ponašanje; Bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja; t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

Ispitanice

U Tablici 16. je prikazan izvod iz Samoizvješća za mlade za skupinu ispitanica koji se odnosi na funkcioniranje u vezi škole, odnosa s roditeljima i vršnjacima, te kršenje pravila.

U većini navedenih čestica ustanovljena je statistički značajna razlika između skupina ispitanica sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Na razini 1% značajnosti razlike nalaze se čestice (redoslijedom veličine razlike): Zla sam prema drugima ($t=4,35$), Prijetim da ću povrijediti druge ($t=3,61$), Ne slažem se s ostalom djecom ($t=3,27$), Bojim se ići u školu ($t=3,22$), Druga djeca me ne vole ($t=3,22$), Kradem na mjestima van kuće ($t=2,92$), Ne slušam roditelje ($t=2,89$), Osjećam se bezvrijedno ili manje vrijedno ($t=2,85$).

Na razini 5% značajnosti razlike nalaze se čestice (redoslijedom veličine razlike): Ne dolazim na satove ili uopće u školu ($t=2,55$), Družim se s djecom koja zapadaju u nevolje ($t=2,53$), Radije bih bila sama nego sa drugima ($t=2,21$), Ne osjećam se krivim nakon što napravim nešto što ne bih smjela ($t=2,20$), Kršim pravila kod kuće, u školi i na drugim mjestima ($t=2,14$).

Tablica 16. Izvod iz upitnika Samoizvješće za mlade za skupinu ispitanica; usporedba ranga i školskih problema, problema s vršnjacima, problema s roditeljima, te kršenja pravila između skupine ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

	SO			Bez SO			t	p
	M	Sd	Rang	M	Sd	Rang		
Mogu biti prilično prijateljski raspoložena	1,65	0,52	1	1,77	0,43	1	-1,05	> 0,05
Uživam biti s drugim ljudima	1,24	0,66	2	1,42	0,70	2	-1,13	> 0,05
Neke stvari radim bolje od većine djece	1,11	0,68	3	1,08	0,69	3	0,19	> 0,05
Ne slušam roditelje	1,00	0,72	4	0,54	0,64	4	2,89	< 0,01
Radije bih bila sama nego sa drugima	0,91	0,70	5	0,54	0,70	5	2,21	< 0,05
Ne slažem se s ostalom djecom	0,75	0,75	6	0,27	0,53	12	3,27	< 0,01
Kršim pravila kod kuće, u školi i na drugim mjestima	0,73	0,85	7	0,38	0,57	9	2,14	< 0,05
U školi sam loša	0,73	0,70	8	0,50	0,58	5	1,53	> 0,05
Ne osjećam se krivim nakon što napravim nešto što ne bih smjela	0,73	0,80	9	0,38	0,57	8	2,20	< 0,05
Bojim se ići u školu	0,71	0,81	10	0,23	0,51	14	3,22	< 0,01
Ne dolazim na satove ili uopće u školu	0,71	0,83	11	0,27	0,66	12	2,55	< 0,05
Osjećam se bezvrijedno ili manje vrijedno	0,71	0,78	12	0,31	0,47	10	2,85	< 0,01
Zla sam prema drugima	0,69	0,74	13	0,15	0,37	16	4,35	< 0,01
Druga djeca me ne vole	0,56	0,66	14	0,15	0,46	17	3,22	< 0,01
Kradem na mjestima van kuće	0,56	0,74	15	0,19	0,40	15	2,92	< 0,01
Često zadirkujem druge	0,53	0,63	16	0,50	0,65	5	0,18	> 0,05
Osjećam da me nitko ne voli	0,35	0,61	17	0,27	0,53	12	0,57	> 0,05
Kradem kod kuće	0,27	0,59	18	0,08	0,39	18	1,76	> 0,05
Prijetim da ću povrijediti druge	0,27	0,56	19	0,00	0,00	20	3,61	< 0,01
Bježim od kuće	0,18	0,47	20	0,04	0,19	19	1,92	> 0,05
Družim se s djecom koja zapadaju u nevolje	0,13	0,39	21	0,00	0,00	21	2,53	< 0,05

SO – samoozljeđujuće ponašanje; Bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja; t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

Prema rezultatima upitnika Skala funkcionalne procjene samomutilacije, u skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem prevladava interpersonalno (socijalno) negativna funkcija odnosno motivacija za samoozljeđujuće ponašanje (interpersonalno negativno potkrepljivanje) i to sljedećim redoslijedom učestalosti: izbjeći učiniti nešto neugodno, kontrola situacije, izbjegavanje obaveza, izbjegavanje kazne ili odgovornosti/snošenja posljedica, izbjegavanje socijalnih kontakata.

Interpersonalna pozitivna funkcija motivacije za samoozljeđujuće ponašanje u skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem javlja se sljedećim redoslijedom očekivanog učinka samoozljeđivanja: poziv u pomoć, dati drugima do znanja koliko si očajan, navesti druge na drugačije ponašanje ili da se promijene, navesti roditelje da te razumiju/zamijete, dobiti nečiju reakciju pa makar bila i negativna, privlačenje pažnje, dobivanje više pažnje od roditelja/prijatelja, naljutiti nekoga, imati što raditi dok si sam/sama, imati nešto zajedničko s drugima/raditi nešto zajedno s drugima, biti kao netko koga cijeniš, osjećati se više kao pripadnik grupe. (Tablica 17)

Tablica 17. Interpersonalna funkcija samoozljeđivanja u skupini ispitanica (upitnik Skala funkcionalne procjene samomutilacije)

	Ispitanice		
	M Rang	Sd	Funkcija
Izbjeći nešto neugodno (učiniti)	1,33	1,14	S-NP
Kontrola situacije	1,08	1,13	S-NP
Izbjegavanje obaveza	0,43	0,76	S-NP
Izbjegavanje kazne ili odgovornosti/snošenja posljedica	0,35	0,80	S-NP
Izbjegavanje socijalnih kontakata	0,27	0,73	S-NP
Poziv u pomoć	0,76	1,05	S-PP
Dati drugima do znanja koliko si očajan	0,71	0,91	S-PP
Naveći druge na drugačije ponašanje ili da se promijene	0,45	0,89	S-PP
Naveći roditelje da te razumiju/zamijete	0,37	0,75	S-PP
Dobiti nečiju reakciju pa makar bila i negativna	0,35	0,66	S-PP
Privlačenje pažnje	0,31	0,71	S-PP
Dobijanje više pažnje od roditelja/prijatelja	0,29	0,64	S-PP
Naljutiti nekoga	0,27	0,60	S-PP
Imati što raditi dok si sam/sama	0,20	0,64	S-PP
Imati nešto zajedničko s drugima/raditi nešto zajedno s drugima	0,18	0,66	S-PP
Biti kao netko koga cijeniš	0,14	0,45	S-PP
Osjećati se više kao pripadnik grupe	0,12	0,39	S-PP

M rang – rang srednjih vrijednosti, Sd – standardna devijacija, S-NP – socijalno negativno potkrepljivanje, S-PP – socijalno pozitivno potkrepljivanje

Prema rezultatima upitnika Skala funkcionalne procjene samomutilacije, u skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem prevladava interpersonalno (socijalno) negativna funkcija (interpersonalno negativno potkrepljivanje) samoozljeđivanja i to sljedećim redoslijedom učestalosti: izbjeći učiniti nešto neugodno, kontrola situacije, izbjegavanje obaveza, izbjegavanje kazne ili odgovornosti/snošenja posljedica, izbjegavanje socijalnih kontakata.

Interpersonalno (socijalna) pozitivna funkcija samoozljeđivanja u skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem javlja se sljedećim redoslijedom očekivanog učinka samoozljeđivanja: dati drugima do znanja koliko si očajan, navesti roditelje da te razumiju/zamijete, imati što raditi dok si sam/sama, biti kao netko koga cijeniš, dobiti nečiju reakciju pa makar bila i negativna, dobijanje više pažnje od roditelja/prijatelja, imati nešto zajedničko s drugima/raditi nešto zajedno s drugima, naljutiti nekoga, osjećati se više kao pripadnik grupe, privlačenje pažnje, poziv u pomoć, navesti druge na drugačije ponašanje ili da se promijene. (Tablica 18)

Tablica 18. Interpersonalna funkcija samoozljeđivanja u skupini ispitanika (upitnik Skala funkcionalne procjene samomutilacije)

	Ispitanici		
	M Rang	Sd	Funkcija
Izbjeći nešto neugodno (učiniti)	1,32	1,05	S-NP
Kontrola situacije	0,84	0,95	S-NP
Izbjegavanje obaveza	0,74	0,93	S-NP
Izbjegavanje kazne ili odgovornosti/snošenja posljedica	0,63	0,76	S-NP
Izbjegavanje socijalnih kontakata	0,21	0,53	S-NP
Dati drugima do znanja koliko si očajan	0,95	1,13	S-PP
Navesti roditelje da te razumiju/zamijete	0,95	1,17	S-PP
Imati što raditi dok si sam/sama	0,84	1,16	S-PP
Biti kao netko koga cijeniš	0,84	1,07	S-PP
Dobiti nečiju reakciju pa makar bila i negativna	0,74	0,80	S-PP
Dobijanje više pažnje od roditelja/prijatelja	0,68	0,67	S-PP
Imati nešto zajedničko s drugima/raditi nešto zajedno s drugima	0,68	1,05	S-PP
Naljutati nekoga	0,63	0,95	S-PP
Osjećati se više kao pripadnik grupe	0,63	0,95	S-PP
Privlačenje pažnje	0,53	0,61	S-PP
Poziv u pomoć	0,47	0,69	S-PP
Navesti druge na drugačije ponašanje ili da se promijene	0,26	0,45	S-PP

M rang – rang srednjih vrijednosti, Sd – standardna devijacija, S-NP – socijalno negativno potkrepljivanje, S-PP – socijalno pozitivno potkrepljivanje

Usporedbom interpersonalne funkcije samoozljeđujućeg ponašanja (upitnik Skala funkcionalne procjene samomutilacije) u ispitanica i ispitanika statistički značajna razlika pronađena je kod socijalno pozitivno potkrepljujućih funkcija „Imati što raditi dok si sam/sama“ ($t=2,25$, $p<0,05$), „Biti kao netko koga cijeniš“ ($t=2,76$, $p<0,05$), „Dobivanje više pažnje od roditelja/prijatelja“ ($t=2,22$, $p<0,05$), „Osjećati se više kao pripadnik grupe“ ($t=2,25$, $p<0,05$). U usporedbi s ispitanicama, ispitanici ukupno više koriste interpersonalno (socijalno) pozitivno potkrepljujuću funkciju samoozljeđujućeg ponašanja.

Na ostalim česticama upitnika nije zabilježena statistički značajna razlika između ispitanica i ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem.

Ispitanice i ispitanici najčešće i rangom podjednako koriste interpersonalno (socijalno) negativno potkrepljujuću funkciju samoozljeđujućeg ponašanja (iako bez statistički značajne razlike). (Tablica 19)

Tablica 19. Usporedba ispitanica i ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem prema interpersonalnoj (socijalnoj) funkciji samoozljeđivanja (upitnik Skala funkcionalne procjene samomutilacije)

	Ispitanice			Ispitanici			Razlika		
	M	Sd	Rang	M	Sd	Rang	t	p	Mot
Izbjeći nešto neugodno (učiniti)	1,33	1,14	1	1,32	1,05	1	-0,04	> 0,05	S-NP
Kontrola situacije	1,08	1,13	2	0,84	0,95	4	-0,87	> 0,05	S-NP
Poziv u pomoć	0,76	1,05	3	0,47	0,69	15	-1,28	> 0,05	S-PP
Dati drugima do znanja koliko si očajan	0,71	0,91	4	0,95	1,13	2	0,80	> 0,05	S-PP
Navesti druge na drugačije ponašanje ili da se promijene	0,45	0,89	5	0,26	0,45	16	-1,13	> 0,05	S-PP
Izbjegavanje obaveza	0,43	0,76	6	0,74	0,93	7	1,28	> 0,05	S-NP
Navesti roditelje da te razumiju/zamijete	0,37	0,75	7	0,95	1,17	3	1,99	> 0,05	S-PP
Izbjegavanje kazne ili odgovornosti/snošenja posljedica	0,35	0,80	8	0,63	0,76	11	1,36	> 0,05	S-NP
Dobiti nečiju reakciju pa makar bila i negativna	0,35	0,66	9	0,74	0,80	8	1,87	> 0,05	S-PP
Privlačenje pažnje	0,31	0,71	10	0,53	0,61	14	1,27	> 0,05	S-PP
Dobivanje više pažnje od roditelja/prijatelja	0,29	0,64	11	0,68	0,67	9	2,22	< 0,05	S-PP
Izbjegavanje druženja	0,27	0,73	12	0,21	0,53	17	-0,34	> 0,05	S-NP
Naljutiti nekoga	0,27	0,60	13	0,63	0,95	12	1,55	> 0,05	S-PP
Imati što raditi dok si sam/sama	0,20	0,64	14	0,84	1,16	5	2,25	< 0,05	S-PP
Imati nešto zajedničko s drugima/raditi nešto zajedno s drugima	0,18	0,66	15	0,68	1,05	10	1,92	> 0,05	S-PP
Biti kao netko koga cijeniš	0,14	0,45	16	0,84	1,07	6	2,76	< 0,05	S-PP
Osjećati se više kao pripadnik grupe	0,12	0,39	17	0,63	0,95	13	2,25	< 0,05	S-PP

M – srednja vrijednost, Sd – standardna devijacija, t – test značajnosti razlika između spolnih skupina sa samoozljeđujućim ponašanjem; p – značajnost razlike

4.4. Usporedba mehanizama obrane u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja (Upitnik o obrambenim stilovima).

Ispitanice

U skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem zabilježen je sljedeći redoslijed aktivnih mehanizama obrane (u daljnjem tekstu m.o.) po intenzitetu: acting-out (nezreli m.o.), autistične fantazije (nezreli m.o.), anticipacija (zreli m.o.), supresija (zreli m.o.), somatizacija (nezreli m.o.), izolacija (nezreli m.o.), rascjep (nezreli m.o.), projekcija (nezreli m.o.), humor (zreli m.o.), pasivna agresija (nezreli m.o.), racionalizacija (nezreli m.o.), umanjivanje nečije vrijednosti (devaluacija) (nezreli m.o.), pseudoaltruizam (neurotski m.o.), reaktivna formacija (neurotski m.o.), premještanje (nezreli m.o.), idealizacija (neurotski m.o.), sublimacija (zreli m.o.), nereagiranje (neurotski m.o.), disocijacija (nezreli m.o.), poricanje (nezreli m.o.).

U skupini ispitanica bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježen je sljedeći redoslijed aktivnih mehanizama obrane (m.o.) po intenzitetu: humor (zreli m.o.), racionalizacija (nezreli m.o.), autistične fantazije (nezreli m.o.), rascjep (nezreli m.o.), pseudoaltruizam (neurotski m.o.), anticipacija (zreli m.o.), supresija (zreli m.o.), sublimacija (zreli m.o.), reaktivna formacija (neurotski m.o.), nereagiranje (neurotski m.o.), acting out (nezreli m.o.), idealizacija (neurotski m.o.), devaluacija (nezreli m.o.), izolacija (nezreli m.o.), disocijacija (nezreli m.o.), somatizacija (nezreli m.o.), projekcija (nezreli m.o.), premještanje (nezreli m.o.), poricanje (nezreli m.o.) i pasivna agresija (nezreli m.o.).

Rezultati usporedbe mehanizama obrane ovih dviju skupina ispitanica pokazuju da postoji statistički značajna razlika u korištenju više mehanizma obrane. Ispitanice sa samoozljeđujućim ponašanjem koriste statistički značajno češće (slijedom veličine njihovih razlika): pasivnu agresiju ($t=4,147; p<0,05$), acting out ($t=2,960; p<0,05$), projekciju ($t=3,563; p<0,05$), premještanje ($t=2,46; p<0,05$) i somatizaciju ($t=2,452; p<0,05$). Statistički značajno

rjeđe koriste (slijedom veličine njihovih razlika): humor ($t=-2,85; p<0,05$), sublimaciju ($t=2,29; p<0,05$), nereagiranje ($t=-2,695; p<0,05$), te racionalizaciju ($t=-2,829; p<0,05$).

Ispitanici

U skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem zabilježen je sljedeći redoslijed aktivnih mehanizama obrane (m.o.) po intenzitetu: autistične fantazije (nezreli m.o.), anticipacija (zreli m.o.), racionalizacija (nezreli m.o.), supresija (zreli m.o.), izolacija (nezreli m.o.), humor (zreli m.o.), idealizacija (neurotski m.o.), splitting (nezreli m.o.), reaktivna formacija (neurotski m.o.), pasivna agresija (nezreli m.o.), acting-out (nezreli m.o.), nereagiranje (neurotski m.o.), sublimacija (zreli m.o.), somatizacija (nezreli m.o.), devaluacija (nezreli m.o.), projekcija (nezreli m.o.), premještanje (nezreli m.o.), poricanje (nezreli m.o.), pseudoaltruizam (neurotski m.o.), tedisocijacija (nezreli m.o.).

U skupini ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja zabilježen je sljedeći redoslijed aktivnih mehanizama obrane (m.o.) po intenzitetu: racionalizacija (nezreli m.o.), humor (zreli m.o.), anticipacija (zreli m.o.), supresija (zreli m.o.), splitting (nezreli m.o.), idealizacija (neurotski m.o.), acting-out (nezreli m.o.), sublimacija (zreli m.o.), izolacija (nezreli m.o.), autistične fantazije (nezreli m.o.), devaluacija (nezreli m.o.), poricanje (nezreli m.o.), reaktivna formacija (neurotski m.o.), pseudoaltruizam (neurotski m.o.), disocijacija (nezreli m.o.), somatizacija (nezreli m.o.), nereagiranje (neurotski m.o.), pasivna agresija (nezreli m.o.), projekcija (nezreli m.o.), te premještanje (nezreli m.o.).

Rezultati usporedbe mehanizama obrane ovih dviju skupina ispitanika pokazuju da postoji statistički značajna razlika u korištenju više mehanizama obrane. Ispitanici sa samoozljeđujućim ponašanjem koriste statistički značajno češće (slijedom veličine njihovih razlika): autistične fantazije ($t=3,041; p<0,05$), pasivnu agresiju ($t=3,054; p<0,05$), reaktivnu formaciju ($t=2,181; p<0,05$), te nereagiranje ($t=2,231; p<0,05$). (Tablica 20)

Tablica 20. Usporedba rangova pojavnosti mehanizama obrane između skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem i bez samoozljeđujućeg ponašanja, te značajnost razlika njihovih pojavnosti, po spolu ispitanika (Upitnik o obrambenim stilovima)

Mehanizam obrane		Ispitanice					Ispitanici				
		Rang	Rang	Rang	t	P	Rang	Rang	Rang	t	p
Zreli	Sublimacija	17	8	6	- 2,295	< 0,05	13	8	18	- 0,123	> 0,05
	Humor	9	1	4	- 2,855	< 0,05	6	2	9	- 1,003	> 0,05
	Anticipacija	3	6	19	0,256	> 0,05	2	3	19	0,087	> 0,05
	Supresija	4	7	18	- 0,343	> 0,05	4	4	17	0,343	> 0,05
Neurotski	Nereagiranje	18	10	7	- 2,695	< 0,05	12	17	5	2,231	< 0,05
	Pseudoaltruizam	13	5	11	- 1,948	> 0,05	19	14	14	0,275	> 0,05
	Idealizacija	16	12	14	- 0,157	> 0,05	7	6	7	1,243	> 0,05
	Reaktivna formacija	14	9	12	1,478	> 0,05	9	13	4	2,181	< 0,05
Nezreli	Projekcija	8	17	3	3,563	< 0,05	16	19	11	0,283	> 0,05
	Pasivna agresija	10	20	1	4,147	< 0,05	10	18	2	3,054	< 0,01
	Acting out	1	11	2	2,960	< 0,05	11	7	8	0,992	> 0,05
	Izolacija	6	14	10	1,302	> 0,05	5	9	3	2,546	< 0,05
	Devaluacija	12	13	17	0,471	> 0,05	15	11	20	- 0,041	> 0,05
	Autistične fantazije	2	3	15	0,896	> 0,05	1	10	1	3,041	< 0,01
	Poricanje	20	19	20	- 0,215	> 0,05	18	12	15	- 0,637	> 0,05
	Premještanje	15	18	8	2,465	< 0,05	17	20	6	1,815	> 0,05
	Disocijacija	19	15	13	- 1,652	> 0,05	20	15	13	- 0,925	> 0,05
	Splitting	7	4	16	- 0,867	> 0,05	8	5	10	0,953	> 0,05
	Racionalizacija	11	2	9	- 2,829	< 0,05	3	1	12	- 0,868	> 0,05
	Somatizacija	5	16	5	2,452	< 0,05	14	16	16	0,469	> 0,05

Rang SO – redoslijed učestalosti u skupini sa samoozljeđivanjem, , 1 – najučestalije, 20 – učestalost najmanja; Rang Bez SO - poredak učestalosti u skupini bez samoozljeđivanja,; 1 – najučestalije, 20 – učestalost najmanja; Rang Diff – poredak razlike između skupina sa SO i bez SO; t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike.

Tablica 21. Prikaz pojavnosti ukupnih skala mehanizama obrane i razlika u pojavnosti ukupnih skala mehanizama obrane između skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem i bez samoozljeđujućeg ponašanja, te značajnost razlika njihovih pojavnosti, po spolu ispitanika (Upitnik o obrambenim stilovima)

	Ispitanice					Ispitanici				
	SO	Bez SO	M	t	p	SO	Bez SO	M	t	p
	M (Sd)	M (Sd)	Diff			M (Sd)	M (Sd)	Diff		
Zreli mehanizmi ukupno	41,53(10,14)	46,65(10,97)	-5,12	- 2,011	=0,05	44,63 (8,95)	45,33 (8,46)	-0,70	- 0,319	> 0,05
Neurotski mehanizmi ukupno	37,93 (10,12)	43,46 (8,90)	-5,53	- 2,555	<0,05	42,25 (9,89)	36,47 (11,06)	5,78	2,218	< 0,05
Nezreli mehanizmi ukupno	123,25 (22,4)	110,42 (25,37)	12,83	2,204	<0,05	122,88 (22,35)	110,91 (25,61)	11,96	2,011	< 0,05

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja; M (Sd) – srednja vrijednost (standardna devijacija); M diff – srednja vrijednost razlike; t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

Prema rezultatima Upitnika o obrambenim stilovima u skupini ispitanica zabilježena je statistički značajna razlika između skupine sa samoozljeđujućim ponašanjem i skupine bez samoozljeđujućeg ponašanja na svim ukupnim skalama mehanizama obrane. Skupina ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem statistički značajno češće koristi nezrele mehanizme obrane ($t=2,204$; $p<0,05$), dok statistički značajno rjeđe koristi neurotske mehanizme obrane ($t=-2,5$; $p<0,05$) i zrele mehanizme obrane ($t=-2,011$; $p=0,05$).

U skupini ispitanika zabilježena je statistički značajan razlika između skupine sa samoozljeđujućim ponašanjem i skupine bez samoozljeđujućeg ponašanja na ukupnim skalama neurotskih i nezrelih mehanizama obrane. Skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem statistički značajno češće koristi nezrele mehanizme obrane ($t=2,218$; $p<0,05$) i neurotske mehanizme obrane ($t=2,218$; $p<0,05$). (Tablica 21)

4.5. Usporedba povezanosti s roditeljima kod ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

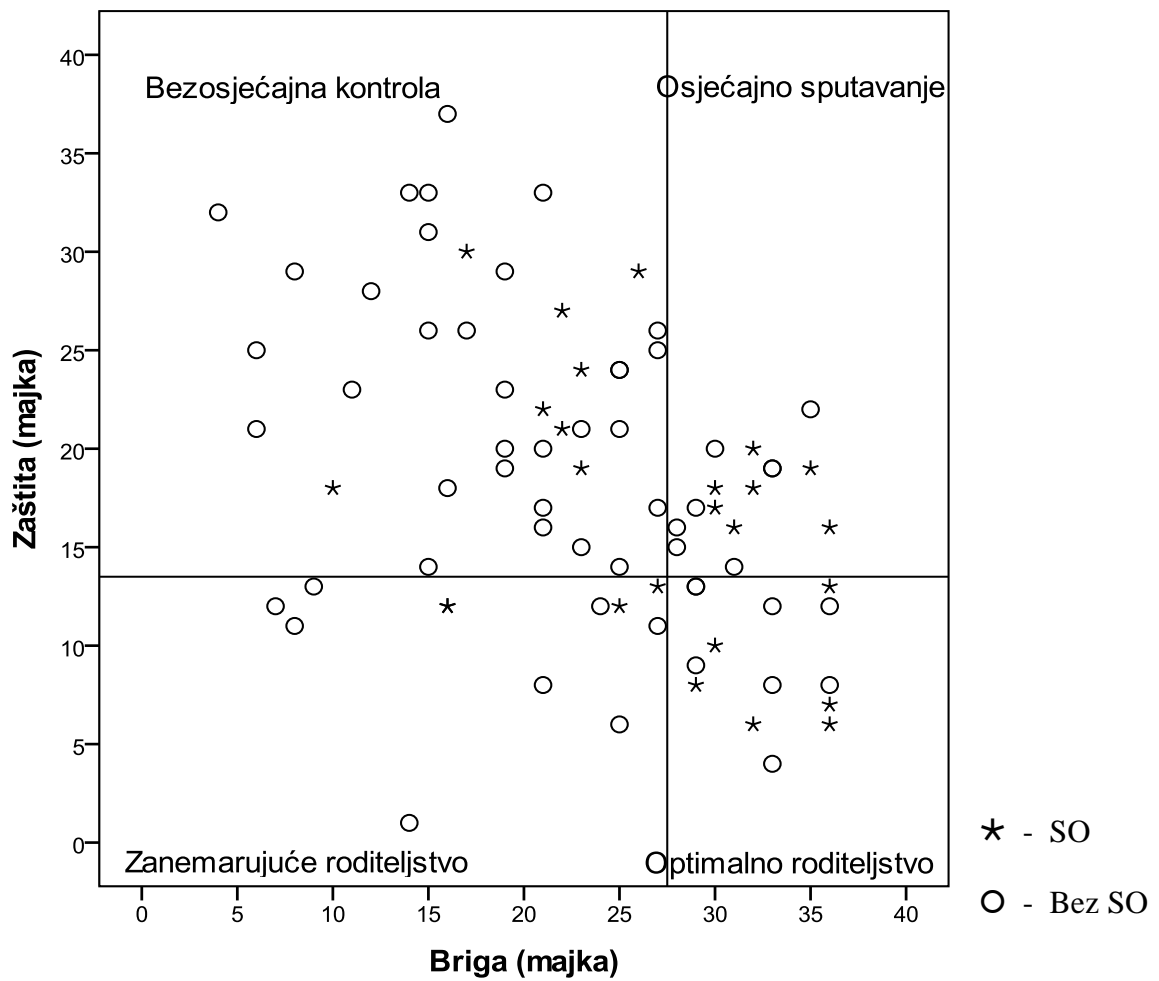
Tablica 22. Percepcija ispitanica o roditeljskom stilu majke i oca, prema podskalama upitnika Povezanosti s roditeljima.

		Ispitanice				t	p
		SO		Bez SO			
		M	SD	M	SD		
Majka	Briga	21,76	8,64	26,92	7,25	-2,77	< 0,01
	Zaštita	18,82	8,14	16,52	6,76	1,32	> 0,05
	Ukupno	40,58	9,18	43,44	7,70	-1,44	> 0,05
Otac	Briga	18,88	8,55	25,13	7,00	-3,32	< 0,01
	Zaštita	15,38	6,90	15,78	7,00	-0,22	> 0,05
	Ukupno	34,27	8,80	40,91	6,62	-3,60	< 0,01

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja; M – srednja vrijednost; (Sd) – srednja vrijednost (standardna devijacija); t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

U skupini ispitanica prilikom procjene roditeljskog stila majke zabilježena je statistički značajna razlika između skupina sa i skupine bez samoozljeđujućeg ponašanja na skali brige, i to u negativnom smjeru ($t = -2,77$; $p < 0,01$).

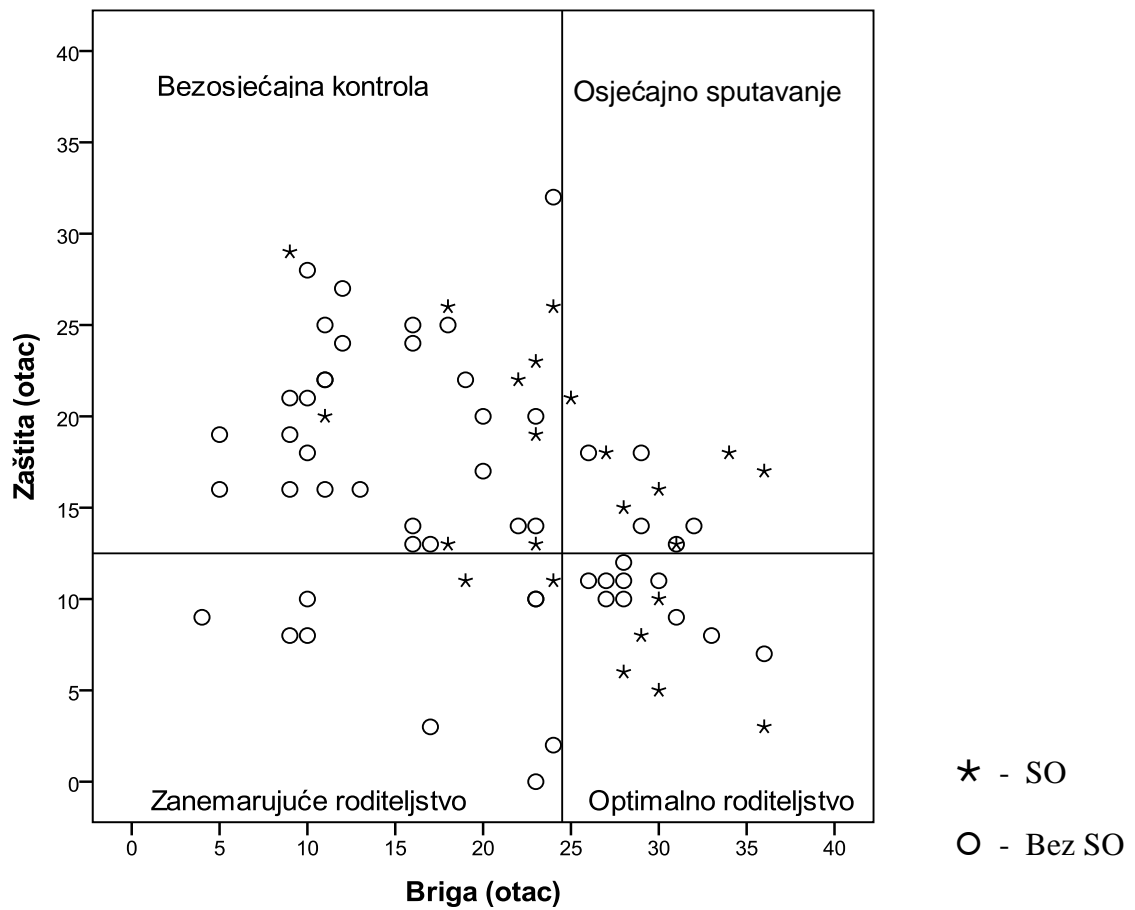
Prilikom procjene roditeljskog stila oca ispitanica zabilježena je statistički značajna razlika na skali brige, u negativnom smjeru ($t = -3,32$; $p < 0,01$), te na skali ukupnog roditeljstva, također u negativnom smjeru ($t = -3,60$; $p < 0,01$).



Slika 3. Dijagram raspršenja percipiranog roditeljskog stila majke za ispitanice (Upitnik povezanosti s roditeljima)

Većina ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem (52,8%, N=29) percipira roditeljski stil majke karakterizira povećanom kontrolom/zaštitom uz sniženu brigu (stil bezosjećajna kontrola). Ostali roditeljski stilovi majke podjednako su zastupljeni u ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem, i to sljedećim poretkom po učestalosti: optimalno roditeljstvo (15,4%, N=8), zanemarujuće roditeljstvo (15,4%, N=8), osjećajno sputavanje (13,5%, N=7).

Ženski ispitanici bez samoozljeđujućeg ponašanja procjenjuju u podjednakom broju sljedeće roditeljske stilove majki: osjećajno sputavanje (30,4%, N=7), bezosjećajna kontrola (30,4%, N=7), optimalno roditeljstvo (26,1%, N=6). Najmanji broj ispitanica iz ove skupine opisao je roditeljski stil svoje majke kao zanemarujuće roditeljstvo (13,04%, N=3). (Prilog 2c)



Granične vrijednosti: za majke: briga 27,5; zaštita 13,5
 za očeve: briga 24,5; zaštita 12,5

Slika 4. Dijagram raspršenja percipiranog roditeljskog stila oca za ispitanice (Upitnik povezanosti s roditeljima)

Ispitanice sa samoozljeđujućim ponašanjem percipirani roditeljski stil oca procijenili su sljedećim poretkom učestalosti: bezosjećajna kontrola (53,8%, N=28), optimalno roditeljstvo (19,2%, N=10), zanemarujuće roditeljstvo (17,3%, N= 9), te osjećajno sputavanje (9,6%, N=5).

Ispitanice bez samoozljeđujućeg ponašanja procijenjuju roditeljski stil oca sljedećim poretkom učestalosti: bezosjećajna kontrola (39,1%, N=9), osjećajno sputavanje (30,4%, N=7), optimalno roditeljstvo (21,7%, N=5), te zanemarujuće roditeljstvo (8,7%, N=2).

Distribucija roditeljskih stilova u skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem pokazuje statistički značajno odstupanje ($X^2=18,24$, $p<0,05$). Također, statistički značajno odstupanje u distribuciji pojavilo se i u ukupnom roditeljstvu skupine ispitanica ($X^2=24,98$, $p<0,01$). (Prilog 2c).

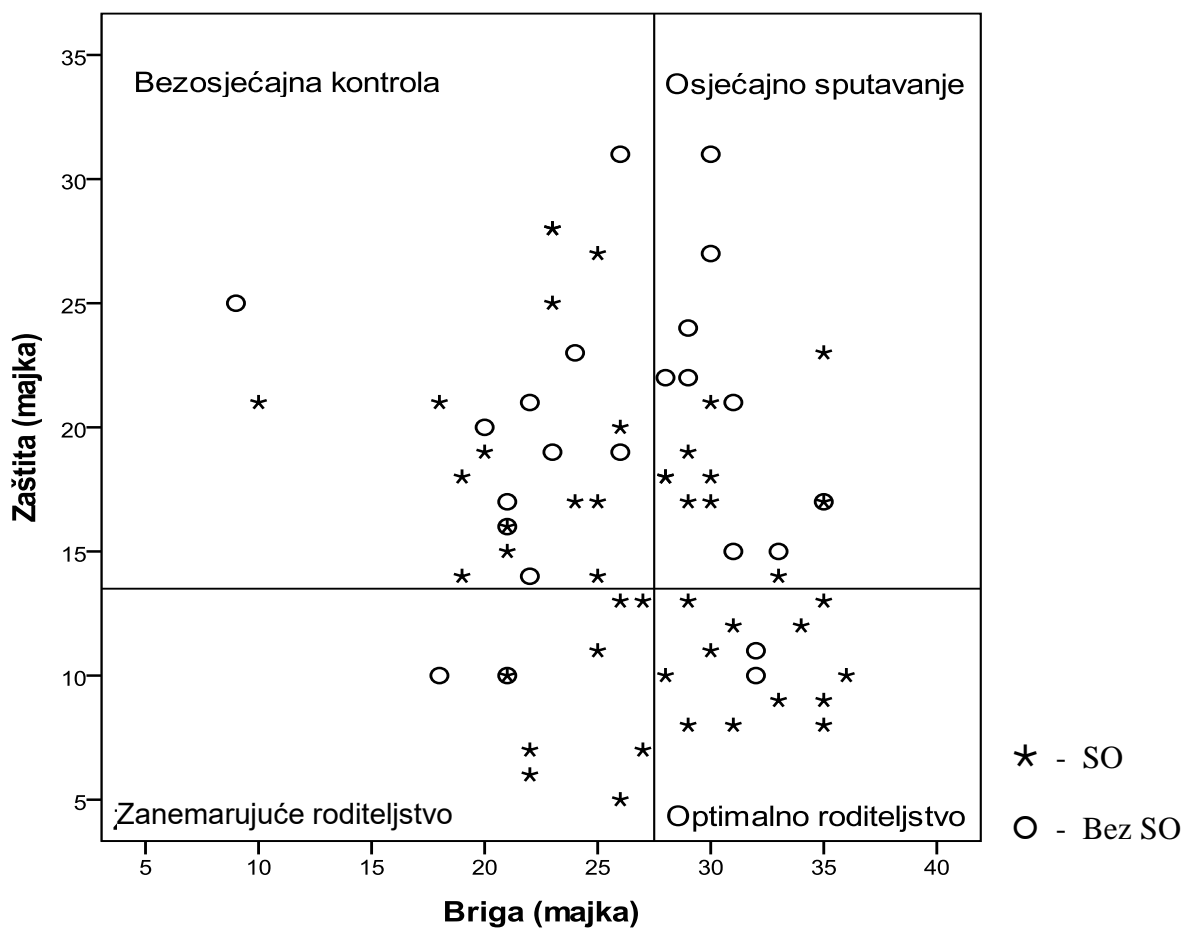
Tablica 23. Percepcija ispitanika o roditeljskom stilu majke i oca, prema podskalama Upitnika povezanosti s roditeljima.

	Ispitanici				t	p
	SO		Bez SO			
	M	SD	M	SD		
Majka – briga	25,78	6,08	26,91	5,62	-0,742	> 0,05
Majka – zaštita	19,12	6,16	15,04	5,91	2,621	< 0,05
Majka – ukupno	44,91	8,61	41,96	6,88	1,43	> 0,05
Otac – briga	21	8,08	21,55	8,29	-0,259	> 0,05
Otac – zaštita	13,74	6,51	11,93	6,04	1,098	> 0,05
Otac – ukupno	34,74	8,3	33,48	8,85	0,573	> 0,05

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja; M – srednja vrijednost; (Sd) – srednja vrijednost (standardna devijacija); t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

U skupini ispitanika prilikom procjene roditeljskog stila majke zabilježena je statistički značajana razlika između skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja na skali zaštite (kontrole), i to u pozitivnom smjeru ($t= 2,621$; $p<0,05$).

Prilikom procjene roditeljskog stila oca ispitanika nije zabilježena statistički značajna razlika ni na jednoj od skala upitnika Povezanosti s roditeljima.

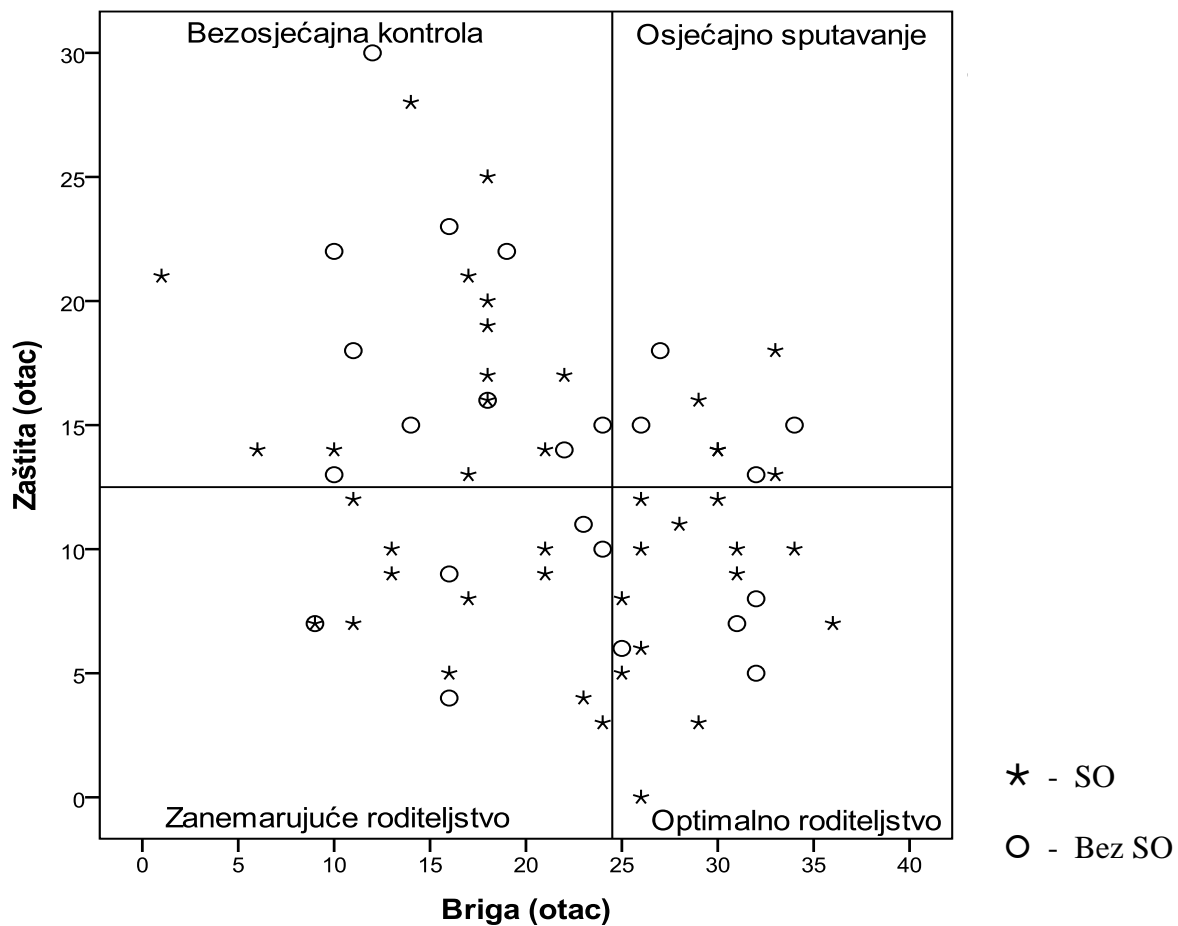


Granične vrijednosti: za majke: briga 27,5; zaštita 13,5
za očeve: briga 24,5; zaštita 12,5

Slika 5. Dijagram raspršenja percipiranog roditeljskog stila majke za ispitanike (Upitnik povezanosti s roditeljima)

Većina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem (45,4%, N=10) roditeljski stil majke kao bezosjećajnu kontrolu. Ostali roditeljski stilovi majke kod ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem pojavljuju se sljedećim poretkom po učestalosti: osjećajno sputavanje (36,3%, N=8), optimalno roditeljstvo (9,1%, N=2), zanemarujuće roditeljstvo (9,1%, N=2).

Muški ispitanici bez samoozljeđujućeg ponašanja procjenjuju roditeljske stilove majki u sljedećem redosljedu učestalosti: bezosjećajna kontrola (35,7%, N=15), optimalno roditeljstvo (26,2%, N=11), osjećajno sputavanje (21,4%, N=9), zanemarujuće roditeljstvo (16,6%, N=7). (Prilog 2d)



Granične vrijednosti: za majke: briga 27,5; zaštita 13,5
 za očeve: briga 24,5; zaštita 12,5

Slika 6. Dijagram raspršenja percipiranog roditeljskog stila oca za ispitanike (Upitnik povezanosti s roditeljima)

Ispitanici sa samoozljeđujućim ponašanjem procijenili su roditeljski stil oca sljedećim redosljedom učestalosti: bezosjećajna kontrola (45,4%, N=10), zanemarujuće roditeljstvo (22,7%, N=5), optimalno roditeljstvo (18,2%, N=4), osjećajno sputavanje (13,6%, N=3).

Ispitanici bez samoozljeđujućeg ponašanja procjenjuju roditeljski stil oca sljedećim redosljedom učestalosti: bezosjećajna kontrola (30,1%, N=13), optimalno roditeljstvo (30,1%, N=13), zanemarujuće roditeljstvo (26,2%, N=11), osjećajno sputavanje (11,9%, N=5).

Distribucija roditeljskih stilova očeva u skupini ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja pokazuje statistički značajno odstupanje ($X^2=18,99$, $p<0,05$). Statistički značajno odstupanje u distribuciji pojavilo se i u ukupnom roditeljstvu skupine ispitanika ($X^2=23,62$, $p<0,01$).

(Prilog 2d)

4.6. Usporedba sposobnosti i načina izražavanja emocija u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja prema rezultatima upitnika Toronto skala aleksitimije

U skupini ispitanica nije zabilježena statistički značajna razlika između skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja ni na jednoj od podskala niti na ukupnoj skali procjene aleksitimije.

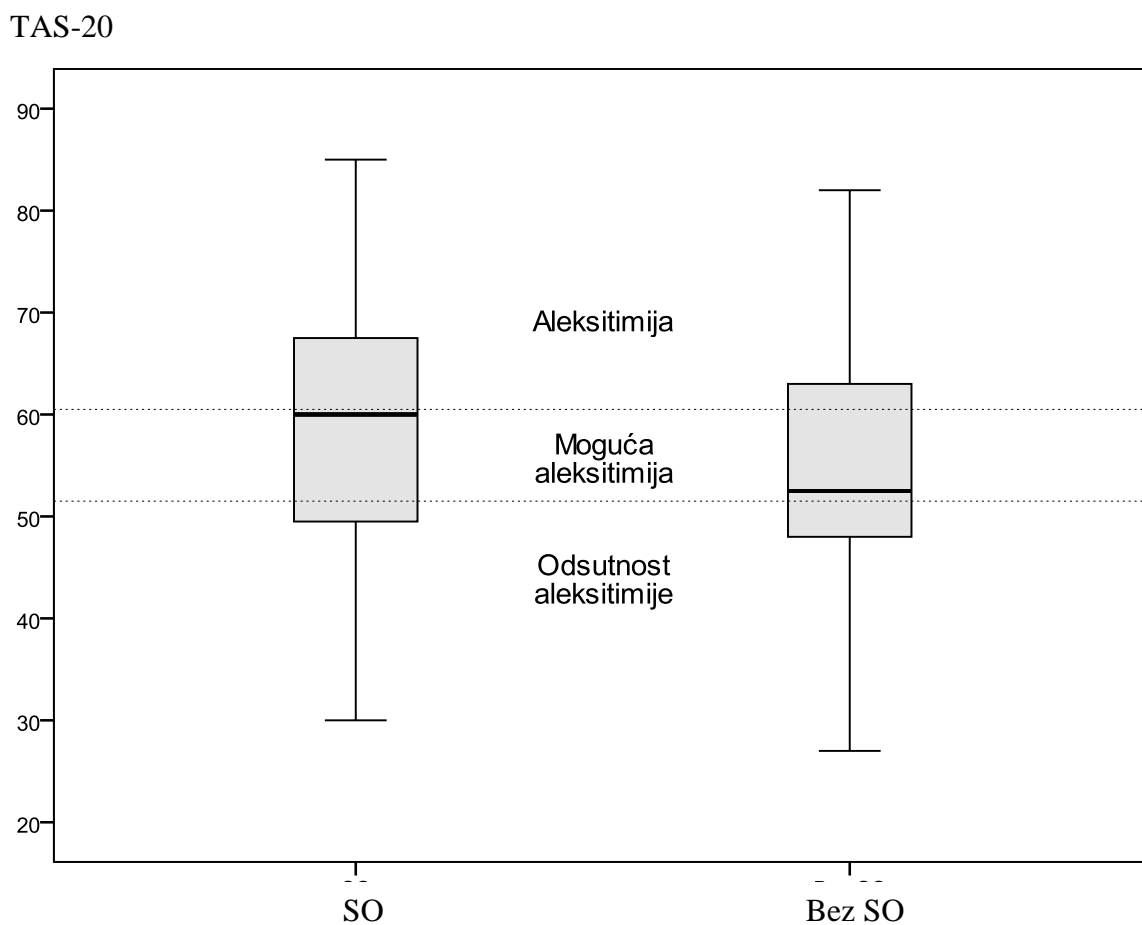
U skupini ispitanika zabilježena je statistički značajna razlika između skupina ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja na podskali „Teškoće u opisivanju osjećaja“ ($t=3,245$, $p<0,05$). Na drugim podskalama nije zabilježena statistički značajna razlika među skupinama sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja. Zamjetan je negativni smjer razlike intenziteta aleksitimičnih poteškoća na skali „Prema realitetu usmjereno mišljenje“, iako bez statističke značajnosti. (Tablica 24)

Tablica 24. Usporedba rezultata na podskalama Toronto skale aleksitimije, skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja, po spolu

	Ispitanice					Ispitanici				
	SO	Bez SO	Diff	t	p	SO	Bez SO	Diff	t	p
Teškoće u prepoznavanju osjećaja	16,25 (4,36)	15,15 (3,93)	1,08	1,115	>0,05	15,71 (4,47)	13,47 (5,01)	1,7	1,441	>0,05
Teškoće u opisivanju osjećaja	22,76 (6,29)	20,50 (6,52)	2,26	1,475	>0,05	22,25 (6,90)	16,64 (6,69)	5,60	3,245	<0,05
Prema realitetu usmjereno mišljenje	20,49 (5,39)	18,73 (3,31)	1,76	1,804	>0,05	21,58 (4,95)	23,02 (5,32)	-1,44	-1,125	>0,05
Ukupna procjena aleksitimije	59,49 (12,48)	54,38 (11,75)	5,10	1,790	>0,05	59,00 (12,96)	53,13 (13,12)	5,86	1,785	>0,05

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja; t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

Slika 7. Usporedba ukupne procjene aleksitimije upitnikom Toronto skala aleksitimije u skupini ispitanica sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

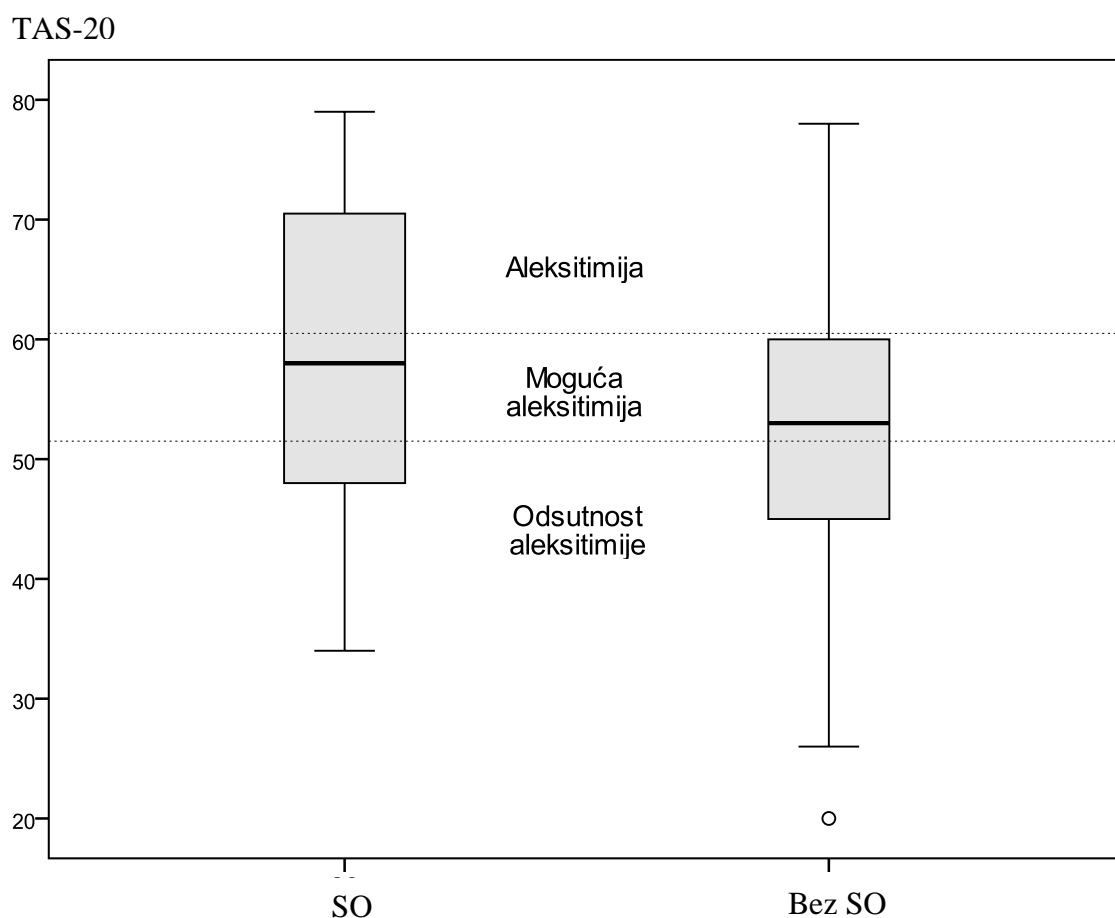


SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja)

U skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem zabilježena je odsutnost aleksitimije u 27,3% ispitanica, moguća aleksitimija u 26,9% a aleksitimija je potvrđena u 47,3% ispitanica. U skupini ispitanica bez samoozljeđujućeg ponašanja aleksitimija je odsutna u 42,3% ispitanica, moguća je u 26,9%, a prisutna u 30,8% ispitanica. (Prilog 2)

Iz grafičkog prikaza vidljivo je da je aritmetička skupina ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem na granici moguće aleksitimije i potvrđene aleksitimije, dok je aritmetička sredina skupine ispitanica bez samoozljeđujućeg ponašanja na donjoj granici moguće aleksitimije i odsutnosti aleksitimije.

Slika 8. Usporedba ukupne procjene aleksitimije upitnikom Toronto skala aleksitimije u skupini ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja



SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja)

U skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem odsutnost aleksitimije zabilježena je u 33,3% ispitanika, aleksitimija je moguća u 25%, potvrđena je u 41,7% ispitanika. U skupini ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja aleksitimija je odsutna u 40% ispitanika, moguća je u 35,6%, a prisutna u 24,7% ispitanika. (Prilog 2)

Aritmetičke sredine skupina ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja u zoni su moguće aleksitimije. Razlika između aritmetičkih sredina nije toliko naglašena kao u skupini ispitanika.

4.7. Analiza prediktivnog utjecaja istraživanih varijabli na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja.

Kako bi se procijenio prediktivni utjecaj istraživanih varijabli na pojavnost samoozljeđujućeg ponašanja primjenjena je logistička regresijska analiza metodom unatrašnjeg isključivanja. U prvi korak uključene su varijable koje su pokazale statističku značajnost u ovom istraživanju i to: spol, skupne skale Samoizvješća za mlade (internalizirajući, eksternalizirajući i ukupni problemi), skupne skale Upitnika o obrambenim stilovima (nezreli, neurotski i zreli obrambeni mehanizmi), karakteristike roditeljstva za majku i oca (briga i zaštita), kronična bolest majke, rezultat na Toronto skali aleksitimije (postojanje i odsutnost aleksitimičnih smetnji).

Tablica 25. Uspješnost prognoze modela sa zadržanim prediktorima

		Samoozljeđujuće ponašanje		Postotak točnosti
		Pozitivni	Negativni	
Samoozljeđivanje	Pozitivni	56	15	78,9
	Negativni	16	48	75,0
Ukupni postotak				77,0

Tablica 25 pokazuje uspješnost prognoze modela u kojem su zadržana tri prediktora (spol, internalizirajuće tegobe i percipirano majčino pretjerano zaštićivanje) od početnih trinaest nabrojanih na početku ove stranice.

Tablica 26. Zadržani prediktori u logističkoj regresijskoj analizi

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)
Spol (M=1; Ž=2)	0,943	0,343	4,717	1	< 0,05	2,567
Internalizirajuće smetnje (skala 0-54)	0,104	0,022	23,481	1	< 0,05	1,110
Majčina zaštita (skala 1-37)	0,08	0,033	5,952	1	< 0,05	1,083
Konstanta	-4,153	0,869	22,855	1	< 0,05	0,016

Tablica 26 prikazuje završni korak logističke regresijske analize sa samoozljeđujućim ponašanjem kao zavisnom varijablom. Sva tri zadržana prediktora statistički značajno (na razini 5%) pridonose predikciji samoozljeđujućeg ponašanja.

Logistički omjer vjerojatnosti spola kao prediktora ukazuje da je ženski spol rizični faktor, te da je vjerojatnost pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanica u ovom istraživanju 2,567 puta veće u odnosu na ispitanike. Ako usporedimo omjer izgleda za faktor spola izračunat ovim modelom (logistička regresijska analiza) s omjerom izgleda gdje ne postoje drugi prediktori (Tablica 26) vidimo da je s uključivanjem drugih kovarijata u račun, došlo do pada u rizičnosti ženskog spola za samoozljeđivanje od 1,399. Logistički omjer vjerojatnosti internalizirajućih tegoba i percipiranog majčinog pretjeranog zaštićivanja kao prediktora ukazuje kako obje varijable predstavljaju rizični faktor pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja u oba spola. Sa svakim povećanjem od 1 stupanj na skali internalizirajućih problema, vjerojatnost prisutnosti samoozljeđujućeg ponašanja se povećava 1,11 puta ili za 11%. Ispitanik koji na skali internalizirajućih problema postigne minimalni bruto rezultat (0) ima 1,6% veću vjerojatnost za samoozljeđujuće ponašanje (prema ovom modelu), dok ispitanik koji je postigao

maksimalni bruto rezultat (54), ima 431% veću vjerojatnost da pokazuje samoozljeđujuće ponašanje. Slično je i sa skalom percipirane razine majčine zaštite. Sa svakim povećanjem na skali percipirane majčine zaštite/kontrole od jednog stupnja raste i vjerojatnost samoozljeđivanja 1,083 puta ili za 8,3%.

5. RASPRAVA

5.1. Razvojne okolnosti u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

5.1.1. Bračno stanje roditelja

U ovom istraživanju nije bilo statistički značajne razlike između bračnog stanja roditelja adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem i bračnog stanja roditelja adolescenata bez samoozljeđujućeg ponašanja. Moglo bi se zaključiti kako u ispitivanoj kliničkoj skupini adolescenata brak roditelja nema protektivni učinak na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja. Prema dostupnoj literaturi u kojoj se obrađivao bračni status roditelja i povezanost sa samoozljeđujućim ponašanjem, jasna i nedvosmislena povezanost nije utvrđena. Rezultati ovog istraživanja u skladu su sa drugim istraživanjima provedenim u Republici Hrvatskoj, te u dostupnoj međunarodnoj literaturi. (Tablica 4)

Povezanost obiteljske disfunkcionalnosti i samoozljeđivanja, te drugih psihopatoloških entiteta (depresivnost, anksioznost, poremećaji ponašanja, agresivnost) u djece i adolescenata najčešće se promatra i istražuje u svjetlu potencijalno uzročno-posljedičnog, etiološkog, odnosa, u smislu traumatskih iskustava koja svojim psihopatološkim utjecajem postupno dovode do aberacije razvojnog procesa koja se manifestira kroz samodestruktivno ponašanje.

Istraživanje skupine od 109 ambulantnih pacijenata oba spola u dobi od 11-18 godina u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra u Osijeku pokazalo je da su roditelji ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem bili u braku u 57,8% slučajeva, 30,3% ispitanika imalo je razvedene roditelje, 3,7% ispitanika imalo je roditelje koji žive u izvanbračnoj zajednici, 5,5% ispitanika imalo je samohranog roditelja.⁶⁹

U skupini od 697 učenika srednjih škola u Zagrebu pronađena je statistički značajna povezanost između razvoda roditeljskog braka i samoozljeđujućeg ponašanja ispitanika.¹⁵¹

Za razliku od navedenih istraživanja, istraživanje provedeno u skupini od 840 učenika šestih razreda osnovnih škola na području Splita nije pronađena povezanost obiteljske cjelovitosti i suicidalnog ponašanja.⁶⁸

Povezanost maritalne problematike kao rizičnog faktora za razvoj psihopatoloških fenomena u adolescenata pokazana je u različitim istraživanjima (u općoj i kliničkoj populaciji, u presječnim i longitudinalnim istraživanjima), i to za različite kategorije poremećaja, od internalizirajućih do eksternalizirajućih.¹⁵⁷⁻¹⁶²

Međutim, rezultati objavljenih istraživanja i kliničko iskustvo ukazuju i na drugi način mogućeg razmatranja međusobnog odnosa disfunkcionalnosti obitelji i samoozljeđujućeg ponašanja adolescenata. Samoozljeđivanje adolescenta vrlo često je prvi znak postojanja intrapsihičkih problema u adolescenta i/ili interpersonalnih problema u obitelji, što u roditelja izaziva vrlo intenzivne osjećaje, od bespomoćnosti, ljutnje, krivnje, neuspjeha, promašenosti, inkompetencije kao roditelja, do zabrinutosti i strepnje nad daljnjom mogućom eskalacijom samoozljeđivanja i gotovo paralizirajući strah od suicida. U ovakvim okolnostima može doći do nepredvidivog, naglog pogoršanja psihičkog (i tjelesnog) stanja svakog od roditelja, te do narušavanja njihove međusobne komunikacije, što zapravo može biti izraz eskalacije otprije postojeće latentne maritalne problematike.¹⁶³

Međutim, može doći i do obrnute situacije, do prividnog zbližavanja roditelja s postojećim maritalnim problemima, pri čemu djetetov simptom (samoozljeđivanje i mnogi drugi) može nesvjesno biti u funkciji „spašavanja“ braka roditelja, jer roditelji sada „ponovno pronalaze“ izgubljeno zajedništvo u brizi za djetetovo dobro.

5.1.2. Kronična bolest majke i oca

Kronične bolesti roditelja pokazale su povezanost sa samoozljeđujućim ponašanjem adolescenata u bolesnih majki ispitanika. Kod ispitanica nije zapažena povezanost između kronične bolesti majke i pojave samoozljeđujućeg ponašanja. (Tablica 5)

Za kroničnu bolest oca (tjelesna i/ili psihička) bez obzira na spol, nije nađena povezanost s pojavom samoozljeđivanja. (Tablica 6)

Prema dostupnim istraživanjima, kronične bolesti roditelja povezane su sa povećanom učestalošću samoozljeđujućeg ponašanja, njegovim intenzitetom i težinom samoozljeđujućih epizoda.^{164,165}

Nadalje, pokazalo se da je kronična bolest roditelja povezana i sa intrapersonalnom (automatskom) i sa interpersonalnom (socijalnom) funkcijom samoozljeđivanja.¹⁶⁶

5.1.3. Sudioništvo oca u Domovinskom ratu i zdravstvene posljedice

U ispitivanoj kliničkoj skupini nije ustanovljena povezanost između pojavnosti samoozljeđivanja i sudioništva oca u Domovinskom ratu, njegovim statusom Hrvatskog ratnog vojnog invalida (invaliditet zbog bilo koje dijagnostičke kategorije), niti sa bolovanjem od u ratu stečenog posttraumatskog stresnog poremećaja i to u ispitanika oba spola. (Tablica 7)

Za razliku od ovog istraživanja, istraživanjem u populaciji učenika osnovne škole provedenim na području grada Splita i okolice utvrđena je povezanost sudioništva jednog od roditelja u Domovinskom ratu i suicidalnog razmišljanja, pokušaja suicida i nenamjernih ozljeda (to može biti protumačeno kao odraz rizičnog ponašanja) u ispitanika, dok je u ispitanica zabilježena povezanost sa depresivnošću i anhedonijom.¹⁶⁷

U drugom istraživanju u Republici Hrvatskoj ustanovljena je značajno povećana razina internalizirajućih i eksternalizirajućih psihopatoloških smetnji u djece ratnih vojnih

veterana, disfunkcionalnost obitelji i poremećeni odnosi roditelja i djece unutar obitelji. Iako autoagresivno ponašanje nije direktno istraživano, podaci iz literature i kliničko iskustvo ukazuju na činjenicu da se u ovom istraživanju radi o skupini adolescenata vrlo rizičnoj za razvoj autodestruktivnog ponašanja, budući da su navedeni poremećaji prepoznati kao ključni rizični čimbenici pojave samoozljeđujućeg ponašanja adolescenata.¹⁶⁸

5.1.4. Emocionalno zanemarivanje

U ovom istraživanju ustanovljena je velika učestalost percipirane snižene razine brižnosti roditelja, pa su i roditeljski stilovi koje opisuje snižena razina brižnosti (bezosjećajna kontrola i zanemarujuće roditeljstvo) bili prisutni u većine roditelja ispitanika. Ispitanice su pokazivale veću vulnerabilnost na ovakvu konstelaciju roditeljskih stilova, te je u njih bila statistički značajno veća učestalost samoozljeđivanja. (Tablica 8) U ispitanika nije zamijećena direktna povezanost između percipirane smanjene razine roditeljske brige i samoozljeđujućeg ponašanja. (Tablica 9) U roditeljskim parovima u kojima je percipirana snižena razina brige, najčešće je bila percipirana kod oba roditelja (Tablica 10, Tablica 11). Svakako se ne smije zanemariti mogućnost indirektnog utjecaja percipirane snižene roditeljske brižnosti u sklopu komorbiditetnih psihičkih smetnji, npr. depresivnog poremećaja. U tim okolnostima percipirano emocionalno zanemarivanje predstavlja rizični faktor za pojavu samoozljeđujućeg ponašanja te otegotnu prognostičku okolnost.^{50,169,170}

Rezultati ovog istraživanja u skladu su sa istraživanjima provedenima u Republici Hrvatskoj i u drugim zemljama. Dostupna literatura ukazuje na potencijalno indirektnu povezanost samoozljeđujućeg ponašanja, obzirom da njihovi rezultati ukazuju na snažnu povezanost osjećaja odbacivanja od majke i oca, s pojavom svih aspekata internaliziranih i

eksternaliziranih problema adolescenata. Ovaj odnos ima posebno nepovoljan učinak na adolescentice.¹⁷¹⁻¹⁷⁶

5.1.5. Prihodi u obitelji

Zabilježena je visoka statistička povezanost između spola i percipirane visine mjesečnih prihoda u obitelji u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem. Ovaj nalaz govori u prilog važnosti percepcije socioekonomskog statusa i njegovoj povezanosti sa ukupnim psihičkim statusom i funkcioniranjem. (Tablica 12) S kliničke pozicije može se raspravljati o utjecaju percepcije ispodprosječnog prihoda na pojavu i održavanje samoozljeđujućeg ponašanja (što je zabilježeno u literaturi). Nadalje, može se raspravljati i o tome kako percepcija prosječnog ili nadprosječnog socioekonomskog statusa ne predstavlja zaštitni faktor za pojavu samoozljeđujućeg ponašanja. U okolnostima ovog istraživanja ne može se zaključivati o uzročno-posljedičnom odnosu socioekonomskog statusa i samoozljeđujućeg ponašanja.

Rezultati istraživanja provedenih u različitim područjima Republike Hrvatske i u različitim skupinama ispitanika (opća populacija, klinička populacija) također pokazuju povezanost socioekonomskog statusa obitelji sa samoozljeđujućim ponašanjem u adolescenata.

Istraživanje među učenicima srednjih škola u Zagrebu pokazalo je statistički značajnu povezanost između visine prihoda i samoozljeđujućeg ponašanja ispitanika, u smislu da je samoozljeđujuće ponašanje učestalije u skupini ispitanika čiji su obiteljski prihodi ispod prosjeka.¹⁷⁷

Istraživanje u skupini adolescentnih ambulatnih pacijenata u Osijeku je pokazalo statistički značajnu povezanost između niskog socioekonomskog statusa i autoagresivnog i suicidalnog ponašanja ispitanika u kliničkom uzorku adolescenata.⁶⁹

U istraživanjima provedenima u drugim državama, u različitim skupinama ispitanika i s različitom metodologijom (opća odnosno klinička populacija, „cross-section“ odnosno longitudinalna metodologija istraživanja) i u različitim socioekonomskim i kulturološkim okruženjima (na različitim kontinentima) ukazuju na istovjetan odnos niskog socioekonomskog statusa adolescenata i pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja.¹⁷⁸⁻¹⁸⁴

Međutim, objavljeni su i rezultati istraživanja, provedenih u Republici Hrvatskoj i u drugim državama, u kojima povezanost socioekonomskog statusa adolescenata i pojavnosti samoozljeđujućeg ponašanja nije utvrđena.^{68,185}

Sažeto rečeno, poznavanje obiteljske dinamike, odnosa među roditeljima i njihovog odnosa i stavova prema djeci, te odnosa i stavova djece prema roditeljima od velike je važnosti u planiranju, provođenju i evaluiranju terapijskog procesa. Pomno razumijevanje ovih složenih zbivanja omogućava uvid u funkcioniranje svakog od članova obitelji i prilagođavanje terapijskih intervencija u skladu sa aktualnim kapacitetima pojedinih članova obitelji, tako i obitelji kao jedinstvenog organizma.

U ovom je istraživanju ustanovljeno da roditeljski stil (percipiran kao emocionalno zanemarivanje) pokazuje veću povezanost sa samoozljeđujućim ponašanjem adolescenata nego kronična bolest roditelja (psihička i/ili tjelesna), sudjelovanje oca u Domovinskom ratu (i zdravstvene posljedice) ili socioekonomski status obitelji.

5.2. Psihički status u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

Upadan rezultat u skupini ispitanica zabilježen je na skali depresivnosti koja u skupini bez samoozljeđujućeg ponašanja na pretposljednem mjestu, dok je u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem to najizraženija problemska skala, uz statistički najveću razliku između tih dvaju skupina ispitanica. Ovakva dinamika govori o značajno intenzivnijim depresivnim simptomima u skupini ispitanica sa samoozljeđujućim

ponašanjem. Također, upadna je dinamika sljedeće dvije skale s najizraženijim statističkim razlikama među problemskim skalama, skale agresivnosti i skale kršenja pravila. Statistički gledano, ove skale nisu među izraženijim skalama, niti postoji promjena u rangju među skupinama. Međutim, klinički gledano, utjecaj visoke razine eksternalizirajućih poremećaja u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem govori u prilog njihovom latentnom, potencijalno precipitirajućem utjecaju na pojavu i manifestiranje samoozljeđujućeg ponašanja. (Slika 1, Tablica 13, Tablica 14, Prilog 2a, 2b)

Na skalama koje slijede po redosljedu veličina razlika među skupinama ispitanica sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja (skala somatizacije, problema mišljenja, povučenosti), uz statistički značajnu razliku, također ne dolazi do značajnije promjene u njihovom rangju. Skale socijalnih problema i problema pažnje vodeće su ispitanica bez samoozljeđujućeg ponašanja, no u komorbiditetu sa samoozljeđujućim ponašanjem značaj im se, barem statistički, smanjuje.

Statistički značajna razlika na svim pojedinačnim i ukupnim problemskim skalama između ispitanica sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja ukazuje na znatno višu razinu psihopatoloških fenomena u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem i znatno višu razinu njihove disfunkcionalnosti. (Prilog 2a, 2b) Slijedom navedenoga, u kliničkom kontekstu, razvidna je nužnost intenzivnijeg liječenja i praćenja adolescentica sa samoozljeđujućim ponašanjem obzirom na ukupnu razinu psihopatoloških fenomena, te na komorbiditet koji znatno otežava i komplicira terapijski proces. Posebno je važno kontinuirano pratiti i procjenjivati prisutan suicidalni rizik.

Upadan nalaz ovog istraživanja zabilježen je u skupini ispitanika. (Slika 2, Tablica 13, Tablica 14, Prilog 2) Utvrđena je najznačajnija razlika na problemskim skalama između skupina sa samoozljeđujućim i bez samoozljeđujućeg ponašanja na skalama koje ne predstavljaju ukupno vodeće probleme niti u jednoj od navedenih skupina ispitanika, a

radi se o skalama depresivnosti, somatizacija i socijalnih problema. Klinički promatrano, moglo bi se reći da kod manifestnih eksternalizirajućih poremećaja bez komorbidnih internalizirajućih problema ne dolazi o razvoja samoozljeđujućih tendencija u ispitanika. Ukoliko dođe do razvoja komorbiditeta, internalizirajuće tegobe ostaju latentne, subsindromalne, bez jasne manifestacije, te indirektno doprinose razvoju i manifestaciji samoozljeđujućeg ponašanja. Ovakav odnos internalizirajućih poremećaja i samoozljeđujućeg ponašanja među ispitanicima u ovom istraživanju potvrđen je i nalazom statistički značajne razlike na skalama internalizirajućih i ukupnih problema između skupina ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja. Visok agresivni naboj i sklonost kršenju pravila u obje skupine ispitanika predstavljaju njihove vodeće psihičke probleme i najčešći su razlog zbog kojeg se i traži stručna pomoć. Ovu činjenicu možemo tumačiti s jedne strane prisutnim morbiditetom, a s druge strane disfunkcionalnim biopsihosocijalnim obilježjima adolescencije u ispitanika u ovom istraživanju.

Zaključno, prema rezultatima ovog istraživanja, u usporedbi psihopatoloških karakteristika skupina ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja, najveća razlika zabilježena je na skali depresivnosti, i kod ispitanica i kod ispitanika. Logističkom regresijskom analizom ustanovljeno je da internalizirajuće tegobe imaju prediktivni utjecaj (rizični faktor) na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja nevezano za spol kao varijablu. Sljedeća sličnost među skupinama očituje se u postojanju visoke razine agresivnog potencijala. Razlike među spolovima u kontekstu samoozljeđujućeg ponašanja su sljedeće: U ispitanica samoozljeđujuće ponašanje manifestira se u okolnostima kada internalizirajući problemi dosežu sindromalnu razinu. Za razliku od ispitanica, utjecaj internalizirajućih smetnji u ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem, unatoč statistički značajnoj razlici, ostaje subsindromalan i ima latentno djelujući, precipitirajući, karakter.

Povezanost samoozljeđujućeg ponašanja i psihijatrijskih poremećaja utvrđena je u istraživanjama u općoj i kliničkoj populaciji. Učestalost depresivnog poremećaja među adolescentima koji pokazuju samoozljeđujuće ponašanje je u rasponu od 41% do 58%. Prisutnost dijagnoze depresivnog poremećaja povećava rizik za samoozljeđujuće ponašanje 8,3 puta, specifične fobije 8,5 puta, a opsesivno kompulzivnog poremećaja 5,3 puta u odnosu na adolescente koji nemaju postavljene navedene dijagnoze. Među adolescentima sa samoozljeđujućim ponašanjem učestalost eksternalizirajućih poremećaja i uzimanja psihoaktivnih tvari je oko 60%.¹⁸⁶

Jedno od najvažnijih istraživanja samoozljeđujućeg ponašanja u školskoj populaciji adolescenata, koje je uhvaćalo nekoliko Europskih država i u kojem je sudjelovalo gotovo 30000 adolescenata u dobi od 15 i 16 godina, pokazalo je povezanost simptoma depresivnosti, anksioznosti, impulzivnosti i stresnih životnih događanja sa samoozljeđujućim ponašanjem.⁵⁶

Slična istraživanja, provedena u pojedinim Europskim državama u kliničkoj populaciji, potvrdila su nalaze istraživanja „CASE“. Navodi se kako je u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem veća učestalost sklonosti adolescenata negativističkom raspoloženju, depresivnosti, impulzivnosti i simptomima disocijacije, povišenoj razini agresivnosti, sniženom samopouzdanju.^{91,188-197}

Istraživanja koja su se bavila suicidalnim ponašanjem adolescenata, u smislu neuspjelih pokušaja suicida, pokazala su da je učestalost i vrsta psihijatrijskih poremećaja u njih istovjetna onim u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem bez suicidalnih namjera. Navodi se kako otprilike 80% adolescenata s pokušajem suicida imaju neki od psihijatrijskih poremećaja (poremećaji raspoloženja, eksternalizirajući poremećaji, uzimanje psihoaktivnih tvari).¹⁹⁸⁻²⁰³

Prema istraživanjima provedenim u različitim sociokulturnim okruženjima najčešći psihijatrijski poremećaji povezani sa samoozljeđujućim ponašanjem adolescenata su depresivni poremećaj, bilo da se radi o dugotrajnoj remisiji ili aktivnoj epizodi, distimija i anksiozni poremećaji.^{165,188,204-207}

Jedan od važnih rizičnih faktora samoozljeđujućeg ponašanja je njegova „zaraznost“, „prijelaznost“ sa adolescenata koji se aktivno samoozljeđuju na druge adolescente, bez obzira da li se radi o posebno osjetljivim i rizičnim skupinama (npr. supkulturne grupe, hospitalizirani adolescenti) ili se radi o općoj populaciji. Ovaj model može imati identifikacijski predznak (npr. međusobno prepoznata i pozitivno vrednovana aktivnost određene grupe adolescenata), odnosno može imati karakteristike imitacije, biti pokušaj preuzimanja „coping“ strategije, načina nošenja s negativnim emocijama. Nažalost, identifikacijska odnosno imitacijska motivacija za samoozljeđujuće ponašanje ne umanjuje rizik od fatalnog ishoda samoozljeđivanja. Smatra se da rizik pokušaja i izvršenja suicida postaje aktualan u trenutku kada osoba prevlada strah od boli i samu bol, što se zbiva tijekom pripreme i izvođenja epizoda samoozljeđivanja, čime je kataliziran put suicidalnim idejama prema konkretizaciji. Također, adolescenti su osjetljivi na postojanje pokušaja suicida posebno među vršnjacima (bliskim prijateljima ili nepoznatim vršnjacima) odnosno članovima obitelji (npr. braća i sestre, rodbina slične dobne skupine), na što svakako treba obratiti pozornost tijekom dijagnostičko - terapijskih postupaka.^{58,208}

5.3. Aktualne vanjske okolnosti u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Povezanost određenih stresnih životnih događaja i samoozljeđujućeg ponašanja adolescenata, njegove pojavnosti, oblika, učestalosti i funkcije, prepoznata je kako u kliničkom radu tako i u znanstvenim istraživanjima već dulji niz godina. Istraživanja koja se provode bazirana su na dva aspekta promatranja odnosa životnih okolnosti i

samoozljeđujućeg ponašanja. Jedan aspekt odnosi se na psihopatološki utjecaj životnog događaja na adolescente koji do tada nisu imali manifestnih psihičkih poteškoća, dok se s drugog aspekta istražuje funkcioniranje adolescenata sa već postojećim psihopatološkim smetnjama, bilo da su one manifestne ili latentne u trenutku određenih događaja. U ovom istraživanju promatrano je funkcioniranje kliničke skupine adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja u životnim okolnostima koja su od značaja u adolescentnoj dobi i to funkcioniranje u školi, funkcioniranje među vršnjacima, te interpersonalna funkcija samoozljeđujućeg ponašanja u tom kontekstu.

5.3.1. Funkcioniranje u školi

U ovom istraživanju ustanovljeno je da u skupini ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem funkcioniranje u školi statistički značajno doprinosi većem intenzitetu problema. No, unatoč tome, percipirana važnost (rang) školskih problema podjednaka je u obje skupine. (Tablica 16) Obzirom da se radi o samoocjenskom upitniku, te obzirom da podatak o realnom školskom statusu nije prikupljan, može se raspravljati da li se radi o disimulaciji ili o prevladavanju i prioritetu ostalih životnih aspekata odnosno problema. Između ispitivanih skupina ispitanika nije bilo statistički značajne razlike niti promjene u rangu problema povezanih sa funkcioniranjem u školi (Tablica 15). Kao i u skupini ispitanica stječe se dojam da su drugi ispitivani problemi percipirani kao značajniji. Posljednjih nekoliko godine objavljuje se sve više istraživanja (presječnih i longitudinalnih) koja istražuju utjecaj škole i školovanja na zdravlje djece i adolescenata, uključujući mentalno zdravlje.^{209,210}

Loši odnosi među vršnjacima (npr. osjećaj neprihvaćenosti), izostanak pozitivnog osjećaja prema školi i angažmanu u školi i školskim aktivnostima, redovitim i izvan nastavnim, te školski neuspjeh povezani su povećanim rizikom za samoozljeđujuće ponašanje općenito i

to posebno za samoozljeđujućim ponašanjem sa suicidalnom namjerom. Također, istovjetan utjecaj ima i percepcija nejasnog, nedosljednog, odnosno nepravednog ponašanja nastavnika u okolnostima kršenja školskih pravila od strane učenika.²¹¹⁻²¹⁵

U razmatranju uzročno-posljedične povezanosti mentalnog zdravlja i funkcioniranja u školi, odnosno njihovog vremenskog slijeda, s jedne strane, može se pretpostaviti da djeca i adolescenti sa postojećim psihičkim poteškoćama otežano funkcioniraju u svim aspektima života, uključujući i školsko funkcioniranje. Produbljivanjem i otežavanjem postojećih smetnji dolazi do pojave samoozljeđujućeg ponašanja kao komorbiditeta.²¹⁵⁻²¹⁷

S druge strane, moguće je da opisane okolnosti u školi utječu na pojavu psihičkih tegoba koje se tada manifestiraju najprije kroz deterioraciju funkcioniranja u školi i među vršnjacima. Utvrđeno je kako je najčešća motivacija za samoozljeđujuće ponašanje u tim okolnostima nedostatna regulacija negativnih proživaljavanja i osjećaja.^{218,219}

5.3.2. Kršenje pravila

Prema rezultatima dobivenim analizom upitnika Samoizvješće za mlade u skupini ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja podskala kršenja pravila predstavlja predposljednju po rangi problemsku skalu. Međutim, u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem kršenje pravila percipirano je kao najproblematičnije, iako nije nađena razlika u statističkoj značajnosti među skupinama. U kontekstu ukupnog psihičkog funkcioniranja koje je, prema skali ukupnih problema Samoizvješća za mlade, kliničke razine (Tablica 14), sklonost i spremnost za kršenje pravila predstavlja vrlo važan i zabrinjavajući aspekt eksternalizirajućih problema za manifestaciju samoozljeđujućeg ponašanje, posebno u kontekstu intenziviranih internalizirajućih smetnji.

U skupini ispitanica skala kršenja pravila je na trećem mjestu po rangi problemskih skala i u skupini sa i u skupini bez samoozljeđujućeg ponašanja (Tablica 16). Zanimljivo je da

je razlika među skupina statistički značajna na razini 1%, te da nema promjene ranga problemske skale među skupinama. U skupini ispitanica još je intenzivnije, u odnosu na ispitanike (Tablica 15), vidljiv utjecaj komorbiditeta internalizirajućih i eksternalizirajućih problema koji izgleda da je suštinski odgovoran za učestalije samoozljeđujuće ponašanje u ženskoj skupini ispitanika, odnosno općenito u populaciji adolescentica.

U ovom istraživanju nije zabilježena sklonost ispitanika antisocijalnom odnosno delikventnom ponašanju. Ipak, samoozljeđujuće ponašanje pokazalo se jasno poveznim i s antisocijalnom ponašanjem, koje predstavlja kako rizični faktor za razvoj samoozljeđujućeg ponašanja, tako i agravirajuću okolnost u tretmanu.²²⁰

5.3.3. Problemi funkcioniranja u grupi vršnjaka

Prema rezultatima ovog istraživanja, u skupini ispitanica funkcioniranje u grupi vršnjaka doživljeno je kao vrlo značajno, što je u skladu s karakteristikama razvojne faze. Ispitanice sa samoozljeđujućim ponašanjem opisuju svoje funkcioniranje u grupi vršnjaka lošijim u odnosu na skupinu bez samoozljeđivanja (većinom i sa statističkom značajnošću). U ovaj kontekst uklapa se zabilježena negativno potkrepljujuća interpersonalna funkcija samoozljeđujućeg ponašanja u većine ispitanica. Također, ovaj nalaz je u skladu s rezultatima drugih istraživanja. (Tablica 16)

U skupini ispitanika, istovjetno situaciji u skupini ispitanica, odnos s vršnjacima je vrlo značajan. Međutim, između skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja nema statistički značajnih razlika (osim kod čestice „Druga djeca me ne vole“, $t=2,44$, $p<0,05$), niti se rang pojedinih čestica mijenja u vezi sa samoozljeđujućim ponašanjem (Tablica 15). Ovaj rezultat ukazuje na izostanak direktne povezanosti odnosa sa vršnjacima i samoozljeđujućeg ponašanja. Unatoč ovom nalazu razvidno je da povezanost ipak postoji, obzirom na nalaz očekivane interpersonalne funkcije samoozljeđujućeg ponašanja. Postoji

mogućnost da ispitanici svoje poteškoće u grupi vršnjaka ne manifestiraju kroz samoozljeđujuće ponašanje, nego kroz druge oblike eksternaliziranja negativnih osjećaja. Adaptacija i osjećaj prihvaćenosti u grupi vršnjaka, kvalitetne prijateljske veze, uključenost u različite izvan nastavne aktivnosti (sportske, kulturno umjetničke itd.) djeluje pozitivno na razvoj socijalnih vještina i samoprocjene, te protektivno na razvoj psihičkih smetnji.

Da je zlostavljanje od strane vršnjaka, kao oblik problema adaptacije u grupi vršnjaka, povezano direktno i indirektno sa samoozljeđujućim ponašanjem, pokazano je u longitudinalnom istraživanju 4810 školske djece i adolescenata. Prevalencija samoozljeđivanja je bila 16,5%.²²¹

U drugom velikom istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji na 5293 ispitanika u dobi od 15 i 16 godina, ustanovljeno je da 40% doživljava vršnjake kao glavnu potporu, a obitelj tako doživljava njih 11%.^{222,213}

Jednako tako, u slučaju samoozljeđujućeg ponašanja (i drugih psihičkih problema) adolescent će se prvenstveno obratiti za pomoć vršnjacima, a tek nakon toga tražiti pomoć bilo u obitelji bilo od nadležnih službi.

5.3.4. Interpersonalna (socijalna) funkcija samoozljeđujućeg ponašanja

Ovim istraživanjem utvrđeno je da ispitanice i ispitanici od samoozljeđujućeg ponašanja očekuju interpersonalnu (socijalnu) funkciju. Zbog interpersonalno potkrepljujućeg djelovanja (pozitivnog odnosno negativnog) samoozljeđivanje može postati način nošenja sa različitim situacijama (eng. „coping strategy“) i time poprimiti habitualni karakter. Ovaj oblik samoozljeđujućeg ponašanja posebno je složen u tretmanu i rizičan za suicidalni čin. U ispitanica i ispitanika samoozljeđujuće ponašanje ima dominantno socijalno negativno potkrepljujuću funkciju, u smislu pokušavanja izbjegavanja različitih negativnih osjećaja

koji se javljaju u odnosu sa i prema okolini, bilo da se radi o odnosu sa roditeljima, vršnjacima ili školskim obavezama i odgovornostima. (Tablica 17, Tablica 18)

U usporedbi sa ispitanicama, funkcija samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanika ima više pozitivnu interpersonalnu funkciju, u smislu poticanja okoline na komunikaciju o negativnim emocionalnim stanjima koje se samostalno ne može proraditi niti s njima nositi na više odgovarajući način. Na ovaj način očekuje se pozitivan odgovor okoline, to dovodi do umanjivanja intenziteta negativnih osjećaja na podnošljivu razinu.

Upadna je statistički značajna razlika između ispitanica i ispitanika u pozitivno potkrepljujućim funkcijama samoozljeđujućeg ponašanja „Imati što raditi dok si sam/sama“ ($t=2,25$, $p < 0,05$), „Biti kao netko koga cijeniš“ ($t=2,76$, $p < 0,05$), „Dobivanje više pažnje od roditelja/prijatelja“ ($t=2,22$, $p < 0,05$), „Osjećati se više kao pripadnik grupe“ ($t=2,25$, $p < 0,05$). (Tablica 19) Navedene očekivane funkcije samoozljeđujućeg ponašanja govore o važnosti funkcije samoozljeđujućeg ponašanja u ispitanika vezane uz formiranje identiteta (u isto vrijeme biti dio grupe i imati jasne granice vlastitog psihičkog i tjelesnog prostora) i pribjegavanje identifikacijama (biti sličan određenoj grupi vršnjaka koji se doživljavaju bliskima). Ove okolnosti od velikog su značaja za planiranje i provođenje terapijskog procesa, zbog važnosti formiranja autentičnog identiteta.

Prema novim istraživanjima interpersonalni (socijalni) razlozi, odnosno funkcija samoozljeđujućeg ponašanja, pokazali su se povezani sa započinjanjem samoozljeđujućeg ponašanja.^{223,224}

U ovom kontekstu pokazalo se da su problemi u obiteljskim odnosima neposredno i posredno povezani sa samoozljeđujućim ponašanjem preko poremećene regulacije osjećaja. Odnosi s vršnjacima posredno su povezani sa samoozljeđujućim ponašanjem i značajno utječu na učestalost i težinu samoozljeđivanja.^{218,219,225}

5.4. Mehanizmi obrane kod adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

U ovom istraživanju utvrđeno je da ispitanice sa samoozljeđujućim ponašanjem najčešće koriste kombinaciju nezrelih i zrelih mehanizama obrane, uz tendenciju ka nezreljim mehanizmima obrane. Ispitanice bez samoozljeđujućeg ponašanja također najčešće koriste kombinaciju zrelih i nezrelih mehanizama obrane, no može se zamijetiti kako postoji tendencija ka grupiranju, češćem korištenju, zrelih i neurotskih mehanizama obrane, dok se nezreli mehanizmi grupiraju, odnosno rjeđe koriste. Usporedba mehanizama obrane ovih dviju skupina ispitanica pokazuje da postoji statistički značajna razlika u korištenju više mehanizma obrane u oba smjera (pozitivnom i negativnom). Ispitanice sa samoozljeđujućim ponašanjem koriste statistički značajno češće (slijedom veličine njihovih razlika): pasivnu agresiju ($t=4,147$; $p<0,05$), acting out ($t=2,960$; $p<0,05$), projekciju ($t=3,563$; $p<0,05$), premještanje ($t=2,46$; $p<0,05$) i somatizaciju. Statistički značajno rjeđe koriste (slijedom veličine njihovih razlika): humor ($t=-2,85$; $p<0,05$), sublimaciju ($t=-2,29$; $p<0,05$), nereagiranje ($t=-2,695$; $p<0,05$), te racionalizaciju ($t=-2,829$; $p<0,05$). (Tablica 20)

Zamjetno je i značajno učestalije korištenje relativno velikog broja nezrelih mehanizama obrane kod ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem, te značajno rjeđe korištenje relativno velikog broja zrelih mehanizama obrane.

Kao i skupina ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem, skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem najčešće koristi kombinaciju nezrelih i zrelih mehanizama obrane, no zamjetna je ukupna tendencija ka nezreljim mehanizmima obrane. U skupini ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja izraženiji je udio zrelih mehanizama obrane, međutim, u i dalje prisutnoj kombinaciji nezrelih i zrelih mehanizama.

Rezultati usporedbe mehanizama obrane ovih dviju skupina ispitanika pokazuju da postoji statistički značajna razlika u korištenju manjeg broja mehanizama obrane u usporedbi sa

ispitanicama i to samo u pozitivnom smjeru. Ispitanici sa samoozljeđujućim ponašanjem koriste statistički značajno češće (slijedom veličine njihovih razlika): autistične fantazije ($t=3,041$; $p<0,05$), pasivnu agresiju ($t=3,054$; $p<0,05$), reaktivnu formaciju ($t=2,181$; $p<0,05$), te nereagiranje ($t=2,231$; $p<0,05$). (Tablica 20)

Slično skupini ispitanica, upadno je statistički značajno učestalije korištenje relativno velikog broja nezrelih mehanizama obrane u skupini ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem.

Navedeni rezultati koji su utvrđeni na pojedinačnim mehanizmima obrane potvrđeni su prilikom promatranja skupnih skala mehanizama obrane podijeljenih u zrele, nezrele i neurotske mehanizme obrane. (Tablica 21) U skupini ispitanica zabilježena je statistički značajna razlika između skupine sa samoozljeđujućim ponašanjem i skupine bez samoozljeđujućeg ponašanja na svim skupnim skalama mehanizama obrane i to u oba smjera povezanosti (pozitivnom i negativnom). Skupina ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem statistički značajno češće koristi nezrele mehanizme obrane ($t=2,204$; $p<0,05$), dok statistički značajno rjeđe koristi neurotske mehanizme obrane ($t=-2,5$; $p<0,05$) i zrele mehanizme obrane ($t=-2,011$; $p=0,05$).

U skupini ispitanika zabilježena je statistički značajan razlika između skupine sa samoozljeđujućim ponašanjem i skupine bez samoozljeđujućeg ponašanja na ukupnim skalama neurotskih i nezrelih mehanizama obrane i to u pozitivnom smjeru. Skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem statistički značajno češće koristi nezrele ($t=2,218$; $p<0,05$) i neurotske mehanizme obrane ($t=2,218$; $p<0,05$).

Zreliji mehanizmi obrane mogu se u kontekstu ovog istraživanja promatrati kao zaštitni faktor od tendencije samoozljeđujućem ponašanju.

Mehanizmi obrane se pojavljuju i razvijaju od rođenja, sukcesivno i paralelno, usklađeno s aktualnom fazom psihičkog (psihoseksualnog) razvoja, te psihološkim karakteristikama i

kapacitetima svake individue. Mehanizmi obrane funkcioniraju istovremeno, no mijenjaju se tijekom života i kvantitativno i kvalitativno. U različitim fazama i okolnostima života koriste se njihovi različiti aspekti, a njihova međusobna dinamička ravnoteža usklađena je sa karakteristikama ličnosti i sociokulturnim okolnostima.²²⁶

Istovremeno postojanje jednako aktivnih, ali potpuno različitih mehanizama obrane (koji su sami po sebi oprečni), jedno je od obilježja adolescencije. Ovoj pojavi doprinosi neravnomjerno, neuvremenjeno razvijanje različitih aspekata ličnosti koji se postupno uravnotežavaju izlaskom iz adolescencije.

Vrlo malo znanstvenih istraživanja obrađuje povezanost mehanizama obrane sa samoozljeđujućim ponašanjem adolescenata.

Brody i Carson proveli su u Škotskoj istraživanje sa ciljem utvrđivanja postoji li veća povezanost samoozljeđujućeg ponašanja i korištenja psihoaktivnih tvari u usporedbi s povezanosti samoozljeđujućeg ponašanja i karakteroloških oštećenja. Rezultati istraživanja pokazali su da je samoozljeđujuće ponašanje više povezano sa nezrelim mehanizmima obrane nego sa uzimanjem alkohola ili drugih psihoaktivnih tvari.²²⁷

Talijanski istraživači proveli su istraživanje koje se odnosila na epidemološke karakteristike samoozljeđujućeg ponašanja te na povezanost mehanizama obrane i samoozljeđujućeg ponašanja u općoj populaciji adolescenata. U ispitivanoj skupini od 578 adolescenata 20% adolescenata pokazivalo je samoozljeđujuće ponašanje. U ovom uzorku adolescenata zabilježena povišena razina svih psihijatrijskih simptoma i nađeni su mnogi mehanizmi obrane koji su doprinosili lošoj prilagodbi.²²⁸

U objavljenim istraživanjima o mehanizmima obrane među suicidalnom djecom i adolescentima navodi se kako su među njihovim mehanizmima obrane najučljiviji poricanje osjećaja ili događaja, pretvaranje bolnih osjećaja u suprotne kroz reaktivnu

formaciju, te kompenzacija, koja uključuje različite oblike rizičnih ponašanja ili pretjerivanje u stečenim vještinama (npr. sport).

Apter i suradnici²²⁹ proveli su istraživanje s ciljem prepoznavanja mehanizama obrane prisutnih u pacijenata sa različitim oblicima suicidalnog ponašanja i njihove usporedbe sa adolescentima iz opće populacije. Za razliku od nesuicidalnih adolescenata, suicidalni adolescenti su odgovorima u samoprocjenskom upitniku LSI (Life Style Indeks) pokazali povećanu učestalost poricanja, premještanja, potiskivanja i povećanu učestalost ukupne razine obrana. Viša razina premještanja i niža razina sublimacije razlikovala je suicidalne od nesuicidalnih adolescenata. Prilikom kliničke obrade korišten je upitnik EDS (Ego Defense Scale) u kojem je zabilježena veća učestalost regresije, poricanja, projekcije, introjeksijske, represije i ukupnih obrana, uz nižu razinu sublimacije. Razine poricanja i regresije bile su u pozitivnoj korelaciji sa agresivnošću i suicidalnim ponašanjem, dok je razina sublimacije s ovim ponašanjimabila u negativnoj korelaciji. Razine introjeksijske i represije korelirale su pozitivno sa suicidalnim ponašanjem. Zaključno je navedeno kako je pretjerano korištenje premještanja povezano sa povećanim tizikom za suicidalno i agresivno ponašanje, dok korištenje sublimacije vjerojatno predstavlja protektivni faktor. Nadalje, moguće je da nezreli mehanizmi obrane pojačavaju agresivni naboj zbog čega se agresija kasnije lakše koristiti na način okretanja protiv samoga sebe i to pretjeranim, loše prilagođenim korištenjem introjeksijske, premještanja i represije.²²⁹

U istraživanju²²⁵ provedenom među adolescenticama hospitaliziranim na psihijatrijskom odjelu opisuju se dvije grupe adolescentica koje su pokušale suicid i koje je bilo moguće jasno razlikovati prema korištenim mehanizmima obrane. Adolescentice s pokušajem suicida koje su opisane kao ljutite, suprotstavljajuće, pokazivale su depresivnost i agresivnost uz eksternalizirajuće mehanizme obrane. Adolescentice s pokušajem suicida

koje su opisane kao “samookrivljavajuće” karakterizirala je depresivnost, a koristile su internalizirajuće mehanizme obrane.²³⁰

Istraživanje, kojeg su proveli francuski istraživači, imalo je za cilj potvrditi hipotezu da se pacijenti s depresijom, koji pokazuju odnosno ne pokazuju suicidalno ponašanje, međusobno razlikuju prema korištenim mehanizmima obrane. Rezultati istraživanja pokazali su da je intenzitet depresivnosti negativno povezan sa zrelim mehanizmima obrane (humor, sublimacija), a pozitivno povezan sa nezrelim mehanizmima obrane (projekcija, acting out, pasivna agresija, autistične fantazije). Također, istraživači navode (referenca), ukoliko buduća istraživanja pokažu uzročnu povezanost mehanizama obrane i suicidalnosti u pacijenata s depresijom, Upitnik o pbrambenim stilovima mogao biti korišten u kliničkoj praksi kao dodatni postupak u prepoznavanju pacijenata s visokim rizikom za pokušaj suicida.²³¹

5.5. Povezanost s roditeljima u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

U ovom istraživanju opisani su percipirani roditeljski stilovi 52 ženska ispitanika i 22 muška ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem, te 23 ženska i 42 muška ispitanika bez samoozljeđujućeg ponašanja. Promatrajući roditelje zasebno u skupni ispitanica, samoozljeđujuće ponašanje povezano je sa statistički značajno percipiranom smanjenom razinom brige majke, te statistički značajno smanjenom percipiranom razinom brige oca i ukupnog roditeljstva oca (roditeljski stilovi bezosjećajna kontrola i zanemarujuće roditeljstvo) (Tablica 22, Prilog 2c). Povećana vulnerabilnost ispitanica na percipirano neadekvatno roditeljstvo oca u usporedbi s majkom koje je zapaženo u ovom istraživanju, zabilježeno je i u literaturi. Smanjena briga i povećana zaštita karakteriziraju roditeljski stil bezosjećajne kontrole. Ovaj roditeljski stil majke i/ili oca najčešće se navodi u literaturi u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem u oba spola, potvrđen i

rezultatima ovog istraživanja (Slika 3, Slika 4, Prilog 2c, 2d). Upadan je nalaz relativno niske učestalosti optimalnog roditeljskog stila oba roditelja u skupini ispitanica, u rasponu od 15% u majki u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem do 21% u majki u skupini bez samoozljeđujućeg ponašanja. Promatrajući roditelje zasebno u skupni ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem, u majki je statistički značajno povećana zaštita ali uz tendenciju smanjenoj brizi (bez statističke značajnosti) (Slika 5, Slika 6, Tablica 23). Tendencija smanjenoj brizi i povećanoj zaštiti zabilježena je i u očeva, iako bez statističke značajnosti. Vulnerabilnost ispitanika na neadekvatno roditeljstvo majke u usporedbi s ocem, koje je zapaženo u ovom istraživanju, zabilježeno je i u literaturi. Također, smanjena briga i povećana kontrola (roditeljski stil bezosjećajne kontrole) koji je zabilježen kao najčešći roditeljski stil u oba spola u ovom istraživanju, također se najčešće navodi u literaturi kao roditeljski stil majke i/ili oca u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem oba spola. Ispitanici procjenjuju roditeljske stilove svojih roditelja kao optimalne u rasponu od 9% u majki u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem do 30% kod očeva u skupini bez samoozljeđujućeg ponašanja. U grafičkom prikazu raspršenja percipiranog roditeljskog stila majke ispitanica zamjetna je tendencija grupiranja ispitanika prema području niže razine brige i povišene zaštite (kontrole), uz ukupnu dominaciju roditeljskog stila bezosjećajne kontrole (niska razina brige, visoka razina zaštite/kontrole) (Slika 3). Upadan je podjednak udio ispitanica sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja u kvadrantu optimalnog roditeljstva majke. U grafičkom prikazu raspršenja roditeljskog stila oca ispitanica, zamjetna je tendencija grupiranja ispitanika u području niže razine brige, poglavito u kombinaciji sa povišenom razinom zaštite (kontrole), odnosno roditeljskog stila bezosjećajne kontrole (niska razina brige, visoka razina zaštite/kontrole). (Slika 4) Upadan je veći udio ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem u kvadrantu optimalnog roditeljstva oca. Kod roditeljskog stila majki

ispitanika nije ustanovljena statistički značajna razlika između skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja (Slika 5). Ipak, iz grafičkog prikaza raspršenja roditeljskog stila majke, zamjetno je da je kod većine majki percipirana visoka razina kontrole, podjednako u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja. U kvadrantu optimalnog roditeljstva majke pretežno se nalaze ispitanici bez samoozljeđujućeg ponašanja. Kod roditeljskog stila očeva ispitanika nije ustanovljena statistički značajna razlika između skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja. Na grafičkom prikazu raspršenja roditeljskog stila oca zamjetno je da ih većina pokazuje nisku razinu brige, podjednako u ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja. (Slika 6) Kao i u majki ispitanika, u kvadrantu optimalnog roditeljstva oca pretežno se nalaze ispitanici bez samoozljeđujućeg ponašanja. Logističkom regresijskom analizom ustanovljeno je kako pretjerano zaštićivanje od strane majke ima prediktivni utjecaj (rizični faktor) na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja bez obzira na spol kao varijablu.

Iako postoje empirijski podaci o povezanosti odnosa roditelj-dijete na vjerojatnost pojave samoozljeđujućeg ponašanja, za sada taj odnos nije bio predmet znanstvenih istraživanja.²³²

Odnos i komunikacija s roditeljima ima veliki utjecaj na razvoj djeteta. U slučajevima u kojima su oni adekvatni, često predstavljaju zaštitni faktor, time što omogućavaju razvoj adaptivnih mehanizama i otpornosti na negativne životne situacije. Međutim, rezulta istraživanja i opisano klinička zapažanja i iskustva jasno ukazuju na činjenicu da u slučaju neadekvatnih odnosa i komunikacije s roditeljima iz različitih razloga (roditeljske psihičke ili tjelesne bolesti, karakteristika njihovih ličnosti odnosno psihosocijalnih okolnosti), može doći do različitih ozbiljnih i dalekosežnih psihopatoloških posljedica za dijete, uključujući samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje.

Psihičke smetnje u djece i adolescenata koje se najčešće navode u literaturi obuhvaćaju nisko samopouzdanje, različiti oblici rizičnih ponašanja, poremećaj pažnje, hiperkinetski poremećaj, snižena samokontrola, zlouporaba različitih psihoaktivnih tvari, školski neuspjeh. Istovjetna povezanost roditeljskih stilova i smetnji u njihove djece pronađene su u različitim sociokulturnim okruženjima.²³³

U terapijskim okolnostima mora se pomno istraživati dinamiku obiteljskih odnosa, odnosa među roditeljima, roditeljskog para prema djetetu (odnosno djeci), te uzajaman odnos svakog od roditelja prema svakom djetetu ponaosob, kako bi se tijekom terapijskog procesa mogle planirati i provoditi terapijske intervencije u smjeru unapređivanja postojećih i razvoja novih kompetencija u svih članova obitelji, a ne samo u djeteta ili adolescenta. Iz navedenog se jasno razaznaje i preventivni aspekt u adolescenata kao potencijalnih budućih roditelja²²⁹, čime se ujedno nastoji spriječiti transgeneracijski prijenos nepovoljnih/patoloških obrazaca ponašanja .

Znanstvena istraživanja u općoj i kliničkoj populaciji nedvosmisleno ukazuju na povezanost s roditeljima kao protektivnog faktora, ali na roditelje kao i rizičnog faktora za razvoj najrazličitijih psihopatoloških fenomena, uključujući samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje.^{110,121,235,236}

Istraživanja roditeljskog odnosa i psihičkog statusa njihovih potomaka provedena su u Republici Hrvatskoj u općoj adolescentnoj populaciji i u kliničkoj populaciji adolescenata, s posebnim naglaskom na podatak o roditeljskom sudjelovanju u Domovinskom ratu i tijekom njega stečenog posttraumatskog stresnog poremećaja.

U Zagrebu je provedeno istraživanje u kliničkoj (ambulantnoj) populaciji 478 adolescenata (48,3% adolescentica; prosječna dob 15,23 godine), čiji rezultati pokazuju da 53,7% ispitanika pokazuje samoozljeđujuće ponašanje i to najčešće ponavljajuće. Ujedno je nađeno da postoji neovisna povezanost niske razine brige oba roditelja i povišene zaštite

(kontrole; posebice u očeva), lošeg obiteljskog funkcioniranja i samoozljeđujućeg ponašanja adolescenata.²³²

U Splitu je provedeno istraživanje u općoj populaciji adolescenata¹⁶⁷, učenicima šestih razreda osnovnih škola (prosječna dob 12,2±0,33 godine) s ciljem utvrđivanja učestalosti suicidalnog promišljanja te odnos suicidalnog promišljanja i sudionništva roditelja u Domovinskom ratu. Sudjelovalo je 695 ispitanika, te je utvrđeno da je barem jedan roditelj bio sudionik u 57,7% ispitanika. Rezultati istraživanja pokazali su da ispitanici sa spektrom suicidalnog ponašanja (suicidalne misli, samoozljeđivanje, pokušaji suicida) češće imaju i očeve i majke sudionike Domovinskog rata. U ispitanica nije bilo razlike među tim skupinama, ali su ispitanice pokazivale visoku razinu anhedonije i granične razine u svim primjenjenim instrumentima.

S namjerom istraživanja mogućnosti ranog otkrivanja suicidalnog ponašanja adolescenata, provedeno je istraživanje među školskom populacijom adolescenata (prosječne dobi 15 godina) o povezanosti roditeljskog stila, depresivnosti, suicidalnog razmišljanja i samoozljeđujućeg ponašanja. Prikupljeni podaci govore o značajnim razlikama u razinama na skalama Upitnika povezanosti s roditeljima (PBI)^{149,150} između adolescenata s depresivnošću i suicidalnim razmišljanjima i samoozljeđujućim ponašanjem i onih bez navedenih okolnosti. Adolescenti koji su povezanost s roditeljima opisali kao “bezosjećajnu kontrolu” prema PBI imali su tri puta veći relativni rizik za samoozljeđujuće ponašanje, dvostruko veći rizik za suicidalna razmišljanja, te peterostruki rizik za depresivnost. Zaključeno je kako PBI može pridonijeti prepoznavanju vulnerabilnih adolescenata, te je preporučeno uza korištenje u ranom otkrivanju suicidalnog ponašanja adolescenata. Također, prepoznavanje dinamike odnosa roditelja i djeteta omogućava adekvatno planiranje intervencija u rizičnih adolescenata.²³⁸

Istraživanje²³⁹ među 70 ambulantnih pacijenata (57 ispitanica, 13 ispitanika) različitih dijagnostičkih kategorija pokazalo je da je samoozljeđujuće ponašanje povezano s niskom razinom roditeljske brige, posebice s početkom samoozljeđivanja u ranijoj dobi, duljinom trajanja samoozljeđujućeg ponašanja i većem broju metoda samoozljeđivanja.²⁴⁰

Budući da se pokazalo kako u roditelja djece i adolescenata sa samoozljeđujućim i općenito suicidalnim ponašanjem često dolazi do razvoja različitih reaktivnih stanja koja mogu dosezati i sindromalnu razinu, te da su u odnosu na njih nužne intervencije u sklopu ukupnog liječenja djeteta, razvijaju se programi koji sadrže suportivne, edukativne i savjetodavne elemente, a koji bi se mogli pružati i na razini primarne zdravstvene zaštite.²⁴⁰

5.6. Sposobnost izražavanja emocija u adolescenata sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja

Rezultati procjene aleksitimije u ispitanica nisu ukazali na statistički značajnu razliku između skupina sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja (Tablica 24, Prilog 2). Međutim, ukoliko zabilježene rezultate na skali aleksitimije promatramo dihotomno (Slika 7), u smislu postojanja ili nepostojanja aleksitimičnih smetnji, razvidno je da je u obje skupine ispitanica razina aleksitimije iznad praga prisutnosti aleksitimije. Klinički gledano, radi se o važnom podatku kojeg treba uzeti u obzir tijekom obrade i tretmana. Na aleksitimiju ne treba gledati samo kao na zaseban poremećaj/entitet, nego i kao ozbiljnu otežavajuću okolnost u pogledu svih komorbidnih stanja, a pogotovo kada se radi o postojanju samoozljeđujućeg ponašanja.

U skupini ispitanika nađena je statistički značajna razlika među skupinama sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja na podskali koja opisuje poteškoće u opisivanju osjećaja. K tome, ukoliko se pojavnost aleksitimičnih poteškoća promatra dihotomno (Slika 8) jasno je vidljiva razlika između ovih dvaju skupina. U skupini ispitanika upadna je veličina skupine

sa samoozljeđujućim ponašanjem iznad praga kojim se definira postojanje aleksitimičnih smetnji, za razliku od skupine bez samoozljeđujućeg ponašanja.

Rezultati ovog istraživanja u skladu su sa istraživanjima u dostupnoj literaturi prema kojima povezanost aleksitimije i samoozljeđivanja može, osim direktnog, imati i indirektni oblik, u smislu komorbiditeta aleksitimije sa internalizirajućim i eksternalizirajućim poremećajima. U takvim okolnostima aleksitimija preuzima moderatorsku i medijatorsku ulogu i u pojavnosti i u manifestaciji samoozljeđujućeg ponašanja.

Objavljenih istraživanja o povezanosti aleksitimije i samoozljeđujućeg ponašanja u populaciji adolescenata relativno je malo.

Jedno od istraživanja²⁴¹ komorbiditeta aleksitimičnih poteškoća i drugih psihijatrijskih kategorija provedeno je u Zagrebu. Rezultati istraživanja među 74 adolescentnih pacijentica sa poremećajima prehrane pokazali su statistički značajno povišene razine svih subskala upitnika Torontska skala aleksitimije (TAS)^{146,147,148} u odnosu na kontrolne skupine. Također, utvrđena je povišena razina ljutnje i otežane samokontrole impulsa. Naglašeno je da je tijekom psihoterapijskog procesa potrebno obratiti pažnju i raditi na aleksitimičnim karakteristikama, ljutnji i impulzivnosti, budući da psihoterapija omogućuje uspostavljanje poveznica između riječi, fantazija i osjećaja.²⁴¹

Istraživanja među adolescentima i mladim odraslima u različitim sociokulturnim okruženjima pokazuju značajnu povezanost depresivnosti, anksioznosti i aleksitimije. Ova poveznica važna je zbog potencijalnog indirektnog utjecaja aleksitimije na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja, kao što je ustanovljeno i u ovom istraživanju.²⁴²⁻²⁴⁵

Uz navedenu indirektnu, ovisnu povezanost aleksitimičnih smetnji i samoozljeđivanja, dostupna su i istraživanja koja ukazuju na postojanje neovisne povezanosti aleksitimičnih smetnji i samoozljeđujućeg ponašanja²⁴¹. Nadalje, istraživanja provedena u općoj populaciji adolescenata ukazuju na postojanje subkliničkih smetnji, kako aleksitimičnih

tako i ukupno psihijatrijskih, zbog kojih adolescenti rijetko traže stručnu pomoć, te predstavljaju izazov za preventivne i intervencijske programe.²⁴⁷⁻²⁵⁰

U kliničkoj populaciji je učestalost samoozljeđujućeg ponašanja i aleksitimičnih obilježja očekivano povećana u uspoređi sa nekliničkom populacijom, a jačina i utjecaj simptoma na funkcioniranje je izraženiji. Ovakvi rezultati istraživanja karakteristika su i ambulantne i hospitalizirane populacije pacijenata. Ova povezanost izrazitije je prisutna kod adolescentica.²⁵¹⁻²⁵⁵

U ovom istraživanju aleksitimične smetnje bile su statistički značajnije izražene u ispitanika, za razliku od nalaza u ranije navedenim istraživanjima.

6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Ovo istraživanje planirano je i izvedeno kao presječno (eng. cross-sectional) čime je ograničeno zaključivanje o uzročno posljedičnim povezanostima istraživanih pojava.

Istraživanjem je obuhvaćen samo podatak o postojanju ili odsutnosti direktnog samoozljeđujućeg ponašanja, drugi oblici nisu uzimani u obzir (indirektni oblici), te ostaje nepoznat njihov odnos i utjecaj kako na direktno samoozljeđivanje tako i na druge istraživane pojave.

Samoocjenski upitnici korišteni u istraživanju mogu se smatrati nepotpuno pouzdanima, budući da su podložni su subjektivnoj procjeni, bez mogućnosti objektiviziranja.

U istraživanju nisu prikupljeni detaljniji podaci o školskom uspjehu odnosno neuspjehu, zbog čega nije bilo moguće detaljnije analizirati međusobni odnos funkcioniranja u školi i ispitivanih varijabli.

7. ZAKLJUČCI

1. Povezanost samoozljeđujućeg ponašanja i kronične bolesti majke nađena je u skupini ispitanika, dok povezanost samoozljeđujućeg ponašanja s kroničnom bolesti oca nije nađena niti u ispitanica niti u ispitanika..
2. Povezanost samoozljeđujućeg ponašanja i percipirane snižene razine brižnosti majke, oca, odnosno roditeljskog para utvrđena je u ispitanica.
3. Zabilježena je visoka statistička povezanost između spola ispitanika i percepcije visine mjesečnog prihoda u obitelji u skupini sa samoozljeđujućim ponašanjem ispitanika oba spola, uz napomenu, da se u okolnostima ovog istraživanja ne može se zaključivati o uzročno-posljedičnom odnosu socioekonomskog statusa i samoozljeđujućeg ponašanja.
4. U ispitanica je utvrđena klinička razina svih pojedinačnih sindromskih skala i ukupnih skala uz statistički značajnu razliku između ispitivanih skupina (sa i bez samoozljeđivanja). Najveća razlika zabilježena je na skali depresivnosti, uz jak utjecaj skala agresivnosti i kršenja pravila u obje skupine.

U ispitanika, sa i bez samoozljeđivanja, vodeći problemi su eksternalizirajuće prirode, a statistički značajna razlika utvrđena je na problemskim skalama koje ne predstavljaju ukupno vodeće probleme niti u jednoj od ispitivanih skupina.

Razlika među spolovima u skupinama sa samoozljeđujućim ponašanjem je u razinama internalizirajućih smetnji, koje su u ispitanica znatno izraženije, a u ispitanika latentne.
5. U ispitanica sa samoozljeđujućim ponašanjem postoji statistički značajno veći intenzitet problema u funkcioniranju u školi, no percipirana važnost (rang) školskih problema podjednaka je u obje skupine ispitanica (sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja). Ovakav nalaz nije obilježio skupinu ispitanika.

6. Sklonost i spremnost za kršenje pravila je vrlo izražen aspekt eksternalizirajućih problema u oba spola, te je povezano sa samoozljeđujućim ponašanjem, posebno u komorbiditetu s internalizirajućim smetnjama.
7. U skupinama ispitanika oba spola funkcioniranje u grupi vršnjaka je doživljeno je kao vrlo značajno. Ispitanice sa samoozljeđujućim ponašanjem opisuju svoje funkcioniranje u grupi vršnjaka lošijim u odnosu na skupinu bez samoozljeđivanja (sa statističkom značajnošću). Samoozljeđujuće ponašanje u ispitanica ima interpersonalnu (socijalnu) funkciju.
U skupini ispitanika nije pronađena direktna povezanost odnosa sa vršnjacima i samoozljeđujućeg ponašanja, dok je indirektna povezanost vidljiva kroz očekivanu interpersonalnu funkciju samoozljeđujućeg ponašanja.
8. U ispitanika oba spola ispitanika samoozljeđujuće ponašanje ima socijalno negativno potkrepljujuću funkciju (izbjegavanje različitih negativnih osjećaja čiji je izvor u okruženju). U ispitanika samoozljeđujuće ponašanje ima više pozitivnu interpersonalnu funkciju. Nadalje, ispitanici statistički značajno učestalije koriste samoozljeđujuće ponašanje u kontekstu identitetne (u isto vrijeme biti dio grupe i imati jasne granice vlastitog psihičkog i tjelesnog prostora) i identifikacijske funkcije (biti sličan određenoj grupi vršnjaka koju se doživljava kao blisku).
9. Ispitanice sa samoozljeđujućim ponašanjem statistički značajno češće koriste nezrele, te značajno rjeđe neurotske i zrele mehanizme obrane u odnosu na one bez samoozljeđujućeg ponašanja. U ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem učestalije je korištenje nezrelijih mehanizama obrane, bez razlike u korištenju zrelijih mehanizama u odnosu na one bez samoozljeđujućeg ponašanja.

10. Ispitanice su vulnerabilnije na percipirano neadekvatno roditeljstvo oca (smanjenu brigu) usporedbi s majkom. Optimalno roditeljstvo oca ne predstavlja zaštitni faktor za samoozljeđujuće ponašanje kod ispitanica. Ispitanici su vulnerabilniji na percipirano neadekvatno roditeljstvo majke (povećana zaštita/kontrola) u usporedbi s roditeljstvom oca.

Roditeljski stil bezosjećajne kontrole najčešći je roditeljski stil majki i očeva, te roditeljskih parova, u oba spola ispitanika. Zabilježena je niska učestalost optimalnog roditeljskog stila oba roditelja u skupini ispitanika sa i bez samoozljeđujućeg ponašanja oba spola.

11. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na direktnu i indirektnu povezanost aleksitimije i samoozljeđujućeg ponašanja u oba spola.
12. Ženski spol, internalizirajuće smetnje i majčino pretjerano zaštićivanje pokazuju prediktivni utjecaj na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja.

8. SAŽETAK

Uvod: Ciljevi istraživanja bili su istražiti pojavnost nekih unutranjih (psihičke karakteristike i poteškoće, mehanizmi obrane, aleksitimija) i vanjskih čimbenika (nepovoljna razvojna, obiteljska iskustva, funkcioniranje u školi i grupi vršnjaka, kršenje pravila) u adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem koja ih razlikuju u odnosu na adolescente koji ne pokazuju samoozljeđujuće ponašanje.

Ispitanici: U istraživanju je sudjelovalo 150 adolescenata u dobi od 14 do 18 godina. Nakon inicijalnog razgovora sa dječjim i adolescentnim psihijatrom i ispunjavanja samoocjenskih upitnika podijeljeni su skupinu sa (24 ispitanika i 55 ispitanica) i bez samoozljeđujućeg ponašanja (45 ispitanika i 26 ispitanica). Korišteni su mjerni instrumenti: Semistrukturirani klinički intervju za djecu i adolescente, Opći upitnik, Torontska skala aleksitimije, Upitnik povezanosti s roditeljima, Upitnik o obrambenim stilovima, Prilagođena skala funkcionalne procjene samomutilacije, Izvješće za mlade od 11 do 18 godina

Rezultati: Kod ispitanica samoozljeđujuće ponašanje je povezano sa smanjenom roditeljskom brigom, pogotovo oca, intenzivnom depresivnošću u komorbiditetu s eksternalizirajućim tegobama, značajno lošijim funkcioniranjem u grupi vršnjaka, korištenjem više nezrelih i manje zrelih mehanizama obrane, latentnom aleksitimijom. Kod ispitanika samoozljeđujuće ponašanje povezano je s kroničnom bolešću i prezastičnički roditeljskim stilom majke, s korištenjem nezrelijih mehanizama obrane, aleksitimičnim smetanjama, komorbiditetom visoke razine eksternalizirajućih i subsindromalnih internalizirajućih smetnji, teškoćama u vršnjačkim grupama

(interpersonalna i identitetna funkcija samoozljeđivanja). Rezultati sindromskih skala su svih ispitanika imali kliničku razinu.

Zaključak: Postoje psihopatološke i okolinske specifičnosti kod adolescenata sa samoozljeđivanjem. Njihovo poznavanje nužno je za planiranje, razvijanje i provođenje prilagođenih preventivnih i kurativnih programa koji za sada ne postoje u Republici Hrvatskoj.

Ključne riječi: adolescenti, samoozljeđujuće ponašanje, internalizirajući problemi, eksternalizirajući problemi, roditeljski stilovi, mehanizmi obrane, aleksitimija.

9. SUMMARY

Title:

Psychopathological features of adolescents who self-harm

Introduction:

Self-harming behavior is prevalent both in community and in clinical population of adolescents. Potential negative outcomes of such behavior range from low quality of life, academic failure, development of mental health problems in later life to risk of suicide attempts and completion. Broadening and deepening of understanding of psychopathological and environmental background and function of self-harming behavior is needed. Main goal of this study was identification of psychopathological features in referred adolescents with self-harming behavior which differentiate them from referred adolescents who do not engage self-harming behavior. Data provided with this study could be used in planning, preparing and conducting optimized treatment programs for adolescents and their caregivers, on primary and secondary prevention and treatment levels.

Materials and methods:

During their initial interview with an child and adolescent psychiatrist adolescents filled out self-rated questionnaires. General questionnaire (with detailed family history), Youth Self Report, (ASEBA, 2001.), Functional Assessment of Self Mutilation (Lloyd E.,1997) - Adapted and modified, Parental bonding instrument (Parker, 1979.), Toronto Alexithymia Scale 20 (Taylor, 1992.) and Defense Style Questionnaire (Bond, 1983.). One hundred and fifty adolescents, 54% female, 46 % male (14–18 years old, median age 17 years) participated in the study. Exclusion criteria were psychotic disorders, cognitive impairment, pervasive spectrum, psychiatric emergency. They were assigned to two

groups according to self-harming status. In the self-harming group there were 24 males and 55 females, and in the non self-harming group there were 45 males and 26 females.

Results: Self-harming behavior among females, compared to non self-harming group, correlates with low parental, especially paternal, care, comorbidity of depressive and externalising problems (clinical level on all YSR problem scales, except aggression), poor peer relationships, usage of immature defense mechanisms, and latent alexithymia. Self-harming behavior had negative interpersonal function. Self-harming behavior among males was correlated with maternal chronic illness, maternal overprotection, comorbidity of externalising and latent internalising problems, usage of immature defense mechanisms, significant alexithymic difficulties, poor peer functioning. Self-harming behavior had positive interpersonal and identity and identification seeking function. Predominant parental style in both groups with self-harming behavior was affectionless control. Clinical levels of YSRs' Total problems scale were found in both gender.

Conclusion

Self-harming behavior is prevalent among adolescents. Affected adolescents carry heavy psychopathological burden, with a risk for numerous negative events and outcomes including fatality. It has diverse, individually specific manifestations and functions which complicates research, understanding and clinical work. Hence, there are no specific, standardized preventive measures and treatment strategies developed yet. Interventions dealing with self-harming behavior should encompass multidisciplinary and multilevel approach, significant others need to be actively included in the process. Close follow-up and availability of help is needed because of the suicidal risk.

Key words: adolescents, self-harm, internalising problems, externalising problems, parenting styles, defense mechanisms, alexithymia.

10. LITERATURA

1. Briggs S. Working with Adolescents and Young Adults. New York: Palgrave Macmillan, 2008.
2. Rudan V, Tomac A. Adolescencija i njezine promjene: privid ili stvarnost? Socijalna psihijatrija 2011;39:3;164-170.
3. Gluckman P, Hanson M. Evolution, development and timing. Trends Endocrin Metab 2007; 17:7-12.
4. Blos P. On Adolescence. New York: Free Press, 1962.
5. Hall GS. Adolescence: Its Psychology and its Relation to Psychology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education. New York:Appleton,1904.
6. Rudan V. Normalni adolescentni razvoj. Medix 2004;52:36-39.
7. Freud A. The ego and the id at puberty. U: Writings of Anna Freud. Vol.II, The Ego and the Mechanisms of Defence, New York: International Universities Press,1936.
8. Freud S. The transformations of puberty. Standard Editon 1905;7:207-43.
9. Levy-Warren M. The Adolescent Journey. Northvale, New Jersey, London:Jason Aronson Inc.,1996:16.
10. Deutsch H. Selected Problems of Adolescence. New York:International Universities Press,1967.
11. Winnicott DW. Playing and Reality. London:Tavistock, 1971.
12. Katan A. The role of displacement in agoraphobia. International Journal of Psycho Analysis 1951;32:41-50.
13. Schmidt Neven R. Emotional Milestones from Birth to Adulthood: a Psychodynamic Approach. London and Bristol, Pennsylvania:Jessica Kingsley Publishers,1996.
14. Waddell M. Inside Lives. Psychoanalysis and the Growth of the Personality. Karnac:London, 2002.
15. Rudan V. Adolescent development and external influences.Coll Antropol 2000;24(2):585-96.
16. Erikson E. Identity and the life cycle. Psychological Issues 1959;1:680-84.
17. Schafer R. Concepts of self and identity and the experience of separation individuation in adolescence. Psychoanalytic Quarterly 1973;42:42-59.
18. Casey B, Jones RM, Somerville LH. Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. J Res Adolesc 2011
19. Hare TA, Tottenham N, Galvan A, Voss HU, Glover GH, Casey BJ. Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go-nogo task. Biol Psychiatry. 2008
20. Somerville LH, Jones RM, Casey BJ. A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. Brain Cogn 2010
21. Casey BJ, Tottenham N, Fossella J. Clinical, imaging, lesion, and genetic approaches toward a model of cognitive control. Dev Psychobiol. 2002

22. Casey BJ, Trainor RJ, Orendi JL, Schubert AB, Nystrom LE, Giedd JN, et al. A developmental functional MRI study of prefrontal activation during performance of a go-no-go task. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 1997
23. Winnicot DW. Hospital care supplementing psychotherapy. U: Adolescence. The Maturation Process and the facilitating Environment. Hogarth, 1965.
24. Côté JE, Allaha AL. Generation on hold: Coming of age in the late twentieth century. New York: University Press, 1996.
25. Côté JE. Mead - Freeman controversy in review. *Journal of Youth and Adolescence* 2000;29:5.
26. Levy-Warren MH. Adolescent Development. U: Barron JW, Eagle MN, Wolitzky DL, ur. *Interface of Psychoanalysis and Psychology*. Washington DC: American Psychological Association 1992;266.
27. Coleman JC, Hendry L. The nature of adolescence. London: Routledge, 1999.
28. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. 2003.
29. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(7):709-17.
30. Cantor C, Neulinger K. The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(3):370-87.
31. Hawton K, Townsend E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001764.
32. Jacobson CM, Gould M. Suicide and Nonsuicidal Self-Injurious Behaviors Among Youth: Risk and Protective Factors. U: Nolen-Hoeksema S, Hilt LM (ur). *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge 2012;209. ISBN 0415648203
33. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;79:283.
34. Herpertz SC. Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;91:57-68
35. Hawton K, Bergen H, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, Kapur N. Epidemiology and nature of self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(7):369-77. DOI: 10.1007/s00787-012-0269-6
36. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol*. 2008;37:725-35.
37. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72:885-890.
38. Rodham K, Evans E. *By Their Own Young Hand: Deliberate Self Harm and Suicidal Ideas in Adolescents*. Jessica Kingsley Publishers: London, 2006.
39. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 2007;27:226-239. DOI:10.1016/j.cpr.2006.08.002

40. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 2005;114:140-146.
41. Sourander A et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders* 2006; 93:87–96. DOI:10.1016/j.jad.2006.02.015
42. Marčinko D. Psihoanalitički modeli suicidalnosti. U: Marčinko D. ur. *Suicidologija*. Medicinska knjiga: Zagreb, 2011:18.
43. Čurčić V. Nepodnošljiva lakoća (samo)uništavanja u adolescenciji. U: Čurčić V. (ur.) *Destruktivnost i autodestruktivnost mladih*, Beograd: Žarko Albulj, 2010:29-37.
44. Kaslow NJ, et al. An empirical study of the psychodynamics of suicide. *J Am Psychoanal Assoc.* 1998;46(3):777-96.
45. Fonagy P, Target M. Toward Understanding Violence: the Use of the Body and the Role of the Father. U: Perelberg R (ur). *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. London:Routledge 1999:53-72
46. Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
47. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol* 2003;10:92-205.
48. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:420-436.
49. Američka psihijatrijska udruga (APA). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
50. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:103–8.
51. Plener PL, Kapusta ND, Kölch MG, Kaess M, Brunner R. Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose: Implikationen des DSM-5 Vorschlages für Forschung und Klinik selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen. *Zeitschrift Kinder Jugendpsychiatrie Psychotherapie*. 2012;40:113–20.
52. De Leo D. DSM-V and the future of suicidology. *Crisis*. 2011;32:233–9.
53. Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D, de Wilde EJ, et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:499–508.
54. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry*. 2013;202:326–8.
55. Muehlenkamp JJ et al. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2012;6:10. DOI:10.1186/1753-2000-6-10.
56. Madge N, Hewitt A, Hawton K, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:667–77.

57. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379: 2373–82
58. Hawton K, Hall S, Simkin S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44: 1191–98.
59. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self-harming adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002;325: 1207–11.
60. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1122–28
61. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 2007;27:226–239.
62. Ohmann S et al. Self-injurious behavior in adolescent girls. Association with psychopathology and neuropsychological functions. *Psychopathology*. 2008;41(4):226-35. DOI: 10.1159/000125556.
63. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Blake Turner J. Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2008;37(2):363-75. DOI:10.1080/15374410801955771.
64. Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2013., str.120.
65. Franić T. Psihosocijalne odrednice samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet u Splitu, 2012.
66. Dodig Čurković K. Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet u Zagerbu, 2010.
67. Dodig-Čurković K, Čurković M, Radić J, Degmečić D, Filaković P. Suicidal Behaviour and Suicide among Youngsters. *Coll Antropol* 2010;34(2): 771–777
68. Degmečić D, Filaković P. Depression and Suicidality in the Adolescents in Osijek. *Coll. Antropol* 2008;32(1):143.
69. Tripković M, Sarajlić Vuković I, Frančišković T, Vuk Pisk S, Krnić S. Depression and auto-aggressiveness in adolescents in Zagreb. *Psychiatria Danubina* 2014;26(3):422–427.
70. Sčić M, Mužinić L. Faktori rizika kod pojave samoozljeđivanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada* 2008;15(1): 49.
71. Tripković M, Frančišković T, Marković H, Paradžik Lj, Andrić A. Alcohol consumption among adolescents in the City of Zagreb and the presence of alcohol drinking among their parents *Alcoholism* 2014;50(1): 3-12.
72. Mujkić A, Peek-Asa C, Young T, Rodin U. Effect of war on weapon-related deaths in Croatian children and youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Feb;162(2):140-4. DOI: 10.1001/archpediatrics.2007.31
73. Degmečić D. Nasilje u Osječkim srednjoškolaca. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet u Osijeku, 2008

74. Malatestinić D, Mićović V, Kendel G, Baričev-Novaković Z. Assessment of psychological and social factors in adolescents risk behavior: questionnaire study. *Croat Med J*. 2005 Feb;46(1):81-7.
75. Ljubotina D, Galić J, Jukić V. Prevalence and risk factors of substance use among urban adolescents: questionnaire study. *Croat Med J*. 2004 Feb;45(1):88-98.
76. Frančišković T, Moro Lj, Torić I, Urlić I, Rončević-Gržeta I, Tić-Baćić T. The Impact of Traumatic Experience on Attitude Towards Future in Refugee Adolescents. *Coll Antropol* 2000;24(2):579.
77. Vidović V, Jureša V, Rudan V, Budanko Z, Škrinjarić J, De Zan D. The Adolescents Assessment of Family Functioning. *Coll Antropol* 1997: 212(1):269-276.
78. Goldacre M, Hawton K. Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses. *Br J Psychiatry*. 1985;146:395-8.
79. Carter G, Reith D, Whyte I. Repeated self-poisoning: increasing severity of self harm as a predictor of subsequent suicide. *Br J Psychiatry* 2005;186:253.
80. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(1-2):95-100.
81. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, et al. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry* 2006;163(7):1226–1232. [PubMed: 16816228]
82. Herba CM, Ferdinand RF, van der Ende J, et al. Long-term associations of childhood suicide ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(11):1473–1481. [PubMed: 18049297]
83. Kerr DC. Replicated prediction of men's suicide attempt history from parent reports in late childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008 Jul;47(7):834–835. [PubMed:18574402]
84. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (CDC). (2005). Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS). <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/>
85. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris W. Youth risk behavior survey surveillance-United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006;55:1–112.
86. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research* 2007;11:69–82.
87. Ellsäßer G. Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2014. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2012. Fachbericht. Statistisches Bundesamt:Wiesbaden 2014
88. Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors: phenomenology and assessment. In Simeon D, Hollander E, eds. *Self-injurious behaviors: assessment and treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing 2001:25–37.

89. Tang J, Yu Y, Wu Y, Du Y, Ma Y, et al. Association between Non-Suicidal Self-Injuries and Suicide Attempts in Chinese Adolescents and College Students: A Cross-Section Study. *PLoS ONE* 2011;6(4): e17977. DOI:10.1371/journal.pone.0017977
90. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007;37(3):264–77.
91. Brock A, Baker A, Griffiths C, Jackson G, Fegan G, Marshall D. Suicide trends and geographical variations in the United Kingdom, 1991-2004. *Health Stat Q.* 2006;(31):622.
92. National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004.) The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 16. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg16/evidence/cg16-selfharm-full-guideline-2>.
93. National Institute for Clinical Excellence. (2011) Self-harm: longer-term management. NICE clinical guideline Number 133. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg133>
94. Buitelaar JK. Adolescence as a turning point: for better and worse. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21:357–359. DOI: 10.1007/s00787-012-0296-3
95. Bowlby J. *Attachment and Loss. Volume 1.* Middlesex: Penguin Books 1971: 221-257.
96. Bretherton I, Waters E. (ur). *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development; 1985: 209 Vol. 50:1-2:3-39.*
97. Majić G. *Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu; 2011.*
98. Vidović V. *Separacija u ranoj dječjoj dobi i njen utjecaj na nastanak psihičkog poremećaja. Magistarski rad, Sveučilište u Zagrebu; 1980.*
99. Fonagy P et al. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal* 1991;12: 201-18.
100. Egeland B, Farber EA. Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Dev.* 1984;55:753-771.
101. Ainsworth M, Bowlby J. *Child Care and the Growth of Love.* London: Penguin Books, 1965.
102. Szajnberg NM, Škrinjarić J. *Teorija attachmenta i razvoj. U: Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine 1. Zagreb:Školska knjiga; 1988:324-333.*
103. Cassidy J, Berlin LJ. The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Dev* 1994;65:971-991.
104. Cassidy J. *Emotion regulation: Influences of attachment relationships. U: Fox EN. Biological and Behavioral Foundations of Emotion Regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development 1994:59:228-249.*

105. Fonagy P, Steele M, Moran G, Steele H, Higgitt A. Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1993;41:929-989.
106. Goldsmith HH, Alansky JA. Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:805-816.
107. Donath et al. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics* 2014;14:113
108. O'Byrne KK, Haddock CK, Poston WS. Parenting style and adolescent smoking. *J Adolesc Health*. 2002;30(6):418-25.
109. Okhakhume AS. Influence of Self-Esteem, Parenting Style and Parental Monitoring on Sexual Risk Behaviour of Adolescents in Ibadan. *Gender & Behaviour* 2014;12(2):6341-6353.
110. Bronte-Tinkew J, Moore KA, Carrano J. The Father-Child Relationship, Parenting Styles, and Adolescent Risk Behaviors in Intact Families. *Journal of Family Issues* 2006;27(6):850-881. DOI: 10.1177/0192513X05285296
111. Abikoye GE et al. Parenting Styles and Peer-Pressure as Predictors of Substance Abuse among University Students. *Psychology and Behavioral Sciences* 2014; 3(2): 55-59. DOI: 10.11648/j.pbs.20140302.14
112. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(1):142-50.
113. Huebner AJ, Howell LW. Examining the Relationship Between Adolescent Sexual Risk-Taking and Perceptions of Monitoring, Communication, and Parenting Styles. *Journal Of Adolescent Health* 2003;33:71–78. DOI:10.1016/S1054-139X(03)00141-1
114. Berge JM. Parenting Style as a Predictor of Adolescent Weight and Weight-Related Behaviors *J Adol Health* 2010;46(4):331. DOI: 10.1016/j.jadohealth. 2009.08.004.
115. Scott S et al. How is parenting style related to child antisocial behaviour? Preliminary findings from the Helping Children Achieve Study. Research Report DFE-RR185a, 2012. Ref: DFE-RR185a. ISBN: 978-1-78105-057-6.
116. Canetti L et al. Anorexia Nervosa and Parental Bonding: The Contribution of Parent–Grandparent Relationships to Eating Disorder Psychopathology. *J Clin Psychol* 2008;64(6):703. DOI: 10.1002/jclp
117. Winnicott DW. *Dijete, obitelj i vanjski svijet*. Zagreb: Naprijed 1980.
118. Khodabakhsh MR, Fariba Kiani F, Ahmedbookani S. Psychological Well-being and Parenting Styles as Predictors of Mental Health among Students: Implication for Health Promotion. *International Journal of Pediatrics* 2014;(2):39-46.
119. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2005;17:460.
120. Freud A. The ego and the mechanisms of defense., *Writings* 1936;2:1-176.
121. Američka psihijatrijska udruga. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.

122. Perry JC, Hoglend P, Shear K, Vaillant GE, Horowitz M, Kardos ME, Bille H, Kagan D. Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *J Personality Disorders* 1998;12:56-68.
123. Andrews G. Defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(4):246-56.
124. Vaillant GE. *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. American Psychiatric Publishing, 1992.
125. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994;103(1):44-50 DOI: 10.1037//0021-843X.103.1.44
126. Graovac M et al.: Changes of Adolescents' Defence Mechanisms. *Coll Antropol* 2006;30(1):75–80.
127. Offer R, Lavie R, Gothelf D, Apter A. Defense mechanisms, negative emotions, and psychopathology in adolescent inpatients. *Compr Psychiatry*. 2000;41(1):35-41.
128. Apter A, Gothelf D, Offer R, Ratzoni G, Orbach I, Tyano S, Pfeffer CR. Suicidal adolescents and ego defense mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(11):1520-7.
129. Apter A, Plutchik R, Sevy S, Korn M, Brown S, van Praag H. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *Am J Psychiatry*. 1989;146(8):1027-31.
130. Goldberg L. The Structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychologist*. 1993;48-1:26-34.
131. Parker J, Taylor G. Relations between alexithymia, personality, and affects. U: Taylor G, Bagby M, Parker J, ur. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, 1997:67-92.
132. Mayer JD, DiPaolo M, Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *J Pers Assess* 1990;54:772-81.
133. Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America* 1988.11:287-92.
134. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. U: Hill OW, ur. *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworths; 1976;3:430-9.
135. Grotstein J. Alexithymia: the exception that proves the rule - of the unusual significance of affects. U: Taylor G, Bagby M, Parker J, ur. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press 1997.
136. Krystal H. Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 1979;33-1:17-30.
137. Krystal H. *Integration and self-healing: affect, trauma, and alexithymia*. Hillsdale (NJ):Analytic Press, 1988.
138. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. U: Hill OW, ur. *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworths 1976;3:430-9.

139. Bagby M, Taylor G. Affect dysregulation and alexithymia. U: Taylor G, Bagby M, Parker J, ur. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press 1997: 26-45.
140. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Tamminen T. Alexithymia-State or trait? One year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *J Psychosom Res* 1994;38:681-5.
141. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006;75(2):107-12.
142. Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 1996;41-6:569-73.
143. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1034–1039.
144. Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB, Hooley JM. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behav Ther* 2008;39(2):107-16. DOI: 10.1016/j.beth.2007.05.005.
145. McConaughy SH, Achenbach TM. Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (2nd ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Center for Children, Youth, & Families, 2001.
146. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1986;44(4):191-199.
Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 1994;38:23-32.
147. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 1994;38:23-32.
148. Kulenović A, Buško V. Može li Torontska skala aleksitimije (TAS–20) izmjeriti aleksitimiju odraslih i adolescenata? *Suvremena psihologija* 2004;7;77 – 94
149. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979;52:1-10.
150. Parker G. Parental Overprotection: A Risk Factor in Psychosocial Development, Grune & Stratton, New York, 1983.
151. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333
152. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA, 1997.
153. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(5):885-90.

154. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.
155. Rudan V, Begovac I, Szivoczka L, Filipovic O, Skocic M. The Child Behaviour Checklist, Teacher Report Form and Youth Self Report Problem Scales in a Normative sample of Croatian children and adolescents aged 7-18. *Collegium Antropologicum* 2005;29:17-26.
156. Tripković M. Autoagresivnost kod urbane populacije adolescenata u Hrvatskoj. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet u Osijeku, 2012.
157. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders* 2006;93(1-3):87-96.
158. Barber CN. Parent-Adolescent Relationship and Adolescent Psychological Functioning Among African American Female Adolescents: Self-Esteem as a Mediator. *Journal of Child and Family Studies* 2003;12:361-374.
159. Marušič A, Rožkar S, Hughes RH. Familial Study of Suicidal Behavior Among Adolescents in Slovenia. *Crisis* 2004;25:74-77.
160. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S. Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents for Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry* 2007;164(9):1364-70.
161. Spirito A, Overholser JC. Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters. San Diego: Elsevier 2003.
162. Derouin A, Bravende T. Living on the edge: the current phenomenon of self-mutilation in adolescents. *The American Journal of Maternal / Child Nursing* 2004;29(1):12-18.
163. Morgan et al. Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help – a psychosocial profile. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013;7:13.
164. DiFilippo J, Esposito C, Overholser J, Spirito A. High risk populations. U: Spirito A, Overholser J (ur). *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters*. Oxford, UK: Academic Press, 2003:229.
165. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl K. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence* 2005;34(5):447-457.
166. Zetterqvist M et al. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2014;8:23
167. Franić T, Kardum G, Marin Prižmić I, Pavletić N, Marčinko D. Parental involvement in the war in Croatia 1991-1995 and suicidality in Croatian male adolescents. *Croatian Medical Journal*. 2012;53(3):244-253. DOI:10.3325/cmj.2012.53.244.

168. Boričević Maršanić V, Aukst Margetić B, Jukić V, Matko V, Grgić V. Self-reported emotional and behavioral symptoms, parent-adolescent bonding and family functioning in clinically referred adolescent offspring of Croatian PTSD war veterans. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(5):295-306. DOI: 10.1007/s00787-013-0462-2.
169. Glazebrook K, Townsend E, Sayal K. The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide Life Threat Behav* 2015 Apr 6. DOI:10.1111/sltb.12159.
170. Di Pierro R, Sarno I, Perego S, Gallucci M, Madeddu F. Adolescent NSSI: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21(9):511-20. DOI:10.1007/s007870120289-2.
171. Boričević Maršanić V. Povezanost usklađenosti roditelja u odgoju s emocionalnim i ponašajnim problemima adolescenata. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2011.
172. Davies PT, Lindsay LL. Interparental Conflict and Adolescent Adjustment: Why Does Gender Moderate Early Adolescent Vulnerability? *Journal of Family Psychology* 2004;18(1): 160–170.
173. Buehler C, Gerard JM. Marital Conflict, Ineffective Parenting, and Children's and Adolescents' Maladjustment. *Journal of Marriage and Family* 2002;64:78–92.
174. Rothbaum F, Weisz JR. Parental Caregiving and Child Externalizing Behavior in Nonclinical Samples: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 1994;116(1):55-74.
175. Jutengren G, Kerr M, Stattin H. Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: a two-wave longitudinal analysis. *J Sch Psychol* 2011;49(2):249-64. DOI: 10.1016/j.jsp.2010.11.001.
176. Khaleque A, Rohner RP. Perceived Parental Acceptance-Rejection and Psychological Adjustment: A Meta-Analysis of Cross-Cultural and Intracultural Studies. *Journal of Marriage and Family* 2002;64;54–64.
177. Tripković M et al. Family Factors in Auto-aggressiveness in Adolescents in Croatia. *Coll Antropol* 2013;37(4):1081–1088.
178. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000;30(1):23-39.
179. Portzky G, De Wilde EJ, Van Heeringen K. “Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium,” *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 17, no. 3, pp. 179–186, 2008.
180. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12):1490-6.
181. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(8):741-9.
182. Martin G, Rozanes P, Pearce C, Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(5):336-44.

183. Chan WSC, Law CK, Liu KY, Wong PWC, Law YW, Yip PSF. Suicidality in Chinese adolescents in Hong Kong: the role of family and cultural influences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009;44(4):278–84.
184. Ulloa Flores RE, Hernández CC, Figueroa GV. Epidemiology and clinical characteristics of self-harm in adolescents attending a children's psychiatric hospital. *Salud Mental* 2013;36:385-8.
185. Wong JPS, Stewart SM, Ho SY. Risk factors associated with suicide attempts and other self-injury among Hong Kong adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007;37(4):453-66.
186. Nolen-Hoeksema S, Hilt LM, eds. *Handbook of Depression in Adolescents*. Routledge, 2012.
187. Kirkcaldy B, Brown J, Siefen R. Disruptive behavioural disorders, self-harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *Int J Adolesc Med Health* 2006;18:597-614.
188. Csorba J, Dinya E, Plener P, Nagy E et al. Clinical diagnoses, characteristics of risk behavior differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising selfinjury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:309320.
189. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz K. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adolesc* 2011;34:337-347.
190. Darche MA. Psychological factors differentiating self-mutilating and nonself-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital* 1990;21:31–55.
191. Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40:1062–1069.
192. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry* 2003;160:1501–1508.
193. Boudewyn AC, Liem JH. Psychological, interpersonal, and behavioral correlates of chronic self-destructiveness: an exploratory study. *Psychological Reports* 1995;77,1283–1297.
194. Claes L, Houben A, Vandereycken W, Bijttebier P, Muehlenkamp J. The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence* 2010;33:775–778.
195. Lundh LG, Karim J, Quilish E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the deliberate self-harm inventory. *Scandinavian Journal of Psychology* 2007;48:33–41.
196. Brown S, Williams, K. Past and recent deliberate self-harm: emotion and coping strategy differences. *Journal of Clinical Psychology* 2007;63:791–803.
197. 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. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2007;161:641–649.

198. Andrews JA, Lewinsohn PM Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and cooccurrence with psychiatric disorders. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:655-662.
199. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *New Zealand Med Journal* 1998; 111:44-48.
200. Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:612-622.
201. Gould MS, King R, Greenwald S et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:915-923.
202. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychology Science and Practice* 1996; 3:25-36.
203. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:60-68.
204. Ayton A, Rasool H, Cottvell D. Deliberate self-harm in children and adolescents: association with social depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(6):303–307
205. D’Eramo KS, Prinstein MJ, Freeman J, Grapentine WL, Spirito A. Psychiatric diagnoses and comorbidity in relation to suicidal behaviour among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2004;35(1): 21–35
206. Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, Asami T, Iseki E. Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(2):191–198
207. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayashu Y. Self-burning vs self-cutting: patterns and implications of self-mutilation: a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:62–69.
208. McMahon EM, Reulbach U, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ, Arensman E. Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychol Med* 2010;40(11):1811-9. DOI: 10.1017/S0033291709992145.
209. Kidger J et al. Self-reported school experience as a predictor of self-harm during adolescence: A prospective cohort study in the South West of England (ALSPAC). *J Affect Disord* 2015;173:163–169. DOI: 10.1016/j.jad.2014.11.003
210. Mars B et al. Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study *BMJ* 2014;349:g5954. DOI: 10.1136/bmj.g5954
211. Winsper C., Lereya T., Zanarini M., Wolke D. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2012;51(3):271–282. [PubMed: 22365463]
212. Landstedt E., Gillander Gadin K. Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scand. J. Public Health.* 2011;39(1):17–25. [PubMed:20846995]

213. Young R., Sweeting H., Ellaway A. Do schools differ in suicide risk? The influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and self-harm among secondary school pupils. *BMC Public Health*. 2011;11:874. [PubMed:22093491]
214. Winfree L., Jiang S. Youthful suicide and social support. *Youth Viol. Juv. Justice*. 2010;8:19–37.
215. Wichstrom L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Arch. Suicide Res*. 2009;13(2):105–122. [PubMed: 19363748]
216. Foley D.L., Goldston D.B., Costello J., Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006;63:1017–1024. [PubMed: 16953004]
217. Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. Vol. 325. 2002. Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England; pp. 1207–1211. (*Br. Med. J.*). [PMCID: PMC135492]
218. Kidger J, Araya R, Donovan J, Gunnell D. The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2012;129:925-949. [PubMed: 22473374]
219. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *J. Youth Adolesc* 2005;34(5):447–457.
220. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007;11(2):129-47.
221. Lereya ST, Winsper C, Heron J, Lewis G, Gunnell D, Fisher HL, Wolke D. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(6):608-18.e2. DOI:10.1016/j.jaac.2013.03.012.
222. Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*. 2008;24;8:369. DOI:10.1186/1471-2458-8-369.
223. Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 2012;42(5):507-24. DOI:10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x.
224. Tatnell R, Kelada L, Hasking P, Martin G. Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42:885–896. DOI 10.1007/s10802-013-9837-6
225. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(3):389-400. DOI:10.1007/s10802-010-9465-3.
226. Cramer P. Longitudinal Study of Defense Mechanisms: Late Childhood to Late Adolescence. *Journal of Personality* 2007;75: 1–24. DOI:10.1111/j.14676494.2006.00430.x

227. Brody S, Carson CM. Brief report: self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *J Adolesc* 2012; 35(3):765-7. DOI: 10.1016/j.adolescence.2011.09.001.
228. Sarno I, Madeddu F, Gratz KL. Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: findings in an Italian nonclinical sample. *Eur Psychiatry*. 2010;25(3):136:45. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.05.007.
229. Apter A, Gothelf D, Offer R, Ratzoni G, Orbach I, Tyano S, Pfeffer CR. Suicidal adolescents and ego defense mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(11):1520-7.
230. Borst SR, Noam GG. Developmental psychopathology in suicidal and nonsuicidal adolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(3):501-8.
231. Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58(3):285-8.
232. Jacobson CM, Gould M. Suicide and Nonsuicidal Self-Injurious Behaviors Among Youth: Risk and Protective Factors. U: Nolen-Hoeksema S, Hilt LM (ur). *Handbook of Depression in Adolescents*. New York:Routledge 2012s209. ISBN 0415648203
233. Okhakhume AS. Influence of Self-Esteem, Parenting Style and Parental Monitoring on Sexual Risk Behaviour of Adolescents in Ibadan. *Gender & Behaviour* 2014;12(2):6341-6353.
234. Kerr M, Stattin H, Engels R (ur). *What can parents do?: New insights into the role of parents in adolescent problem behavior*. John Wiley & Sons, 2008.
235. Bronte-Tinkew J, Moore KA, Carrano J. The Father-Child Relationship, Parenting Styles, and Adolescent Risk Behaviors in Intact Families. *Journal of Family Issues* 2006;27(6):850-881. DOI: 10.1177/0192513X05285296
236. Clark C, Gross KH. Adolescent Health-Risk Behaviors: The Effect of Perceived Parenting Style and Race. *Undergraduate Research Journal for the Human Sciences* 2004;3. ISBN 1-929083-13-0. <http://kon.org/urc/clark.html>
237. Boričević Maršanić V et al. Non-suicidal self-injury among psychiatric outpatient adolescent offspring of Croatian posttraumatic stress disorder male war veterans: Prevalence and psychosocial correlates. *International Journal of Social Psychiatry* 2015;61(3):265–274.
238. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(4):246-54.
239. Saldias A, Power K, Gillanders DT, Campbell CW, Blake RA. The mediatory role of maladaptive schema modes between parental care and non-suicidal self-injury. *Cogn Behav Ther*. 2013;42(3):244-57. DOI: 10.1080/16506073.2013.781671.
240. Byrne S et al. Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2008;13(4):493–504. DOI: 10.1177/1359104508096765.
241. Vidović V, Jureša V, Majić G, Pavić L. Anger and alexithymia in eating disorders. *Neobjavljeni rezultati*.
242. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry*. 1999;14(7):372-8.

243. Karukivi M, Hautala L, Kaleva O, Haapasalo-Pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M, Saarijärvi S. Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J Affect Disord.* 2010;125(1-3):383-7. DOI:10.1016/j.jad.2010.02.126.
244. Marchesi C, Brusamonti E, Maggini C. Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *J Psychosom Res.* 2000;49(1):43-9.
245. Vanheule S et al. Alexithymic Depression: Evidence for a Depression Subtype? *Psychother Psychosom* 2007;76:315–316. DOI:10.1159/000104710.
246. Nock MK. *The Oxford handbook of suicide and self-injury.* Oxford University Press: New York 2014:315.
247. Howe-Martin LS, Murrell AR, Guarnaccia CA. Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *J Clin Psychol* 2012;68(7):809-29. DOI: 10.1002/jclp.21868.
248. Andover MA, Pepper CM, Gibb BE. Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2006;37:238–243
249. 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. *American Journal of Orthopsychiatry* 2006;76; 238–250.
250. Polk E, Liss M. Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences* 2007;43(3):567. <http://dx.Doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.003>
251. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein TSE, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry* 1996;37:12–16.
252. Zlotnick C, Woldsdorf BA, Johnson B, Spirito A. Impaired self-regulation and suicidal behavior among adolescent and young adult psychiatric inpatients. *Archives of Suicide Research* 2003;7:149–157.
253. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Negl.* 2004;28(3):339-54.
254. Swannell S, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl* 2012;36(7-8):572-84. DOI: 10.1016/j.chiabu.2012.05.005.
255. Andover MS, Morris BW. Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Can J Psychiatry* 2014;59(11):569-75.

11. ŽIVOTOPIS

Aran Tomac rođen je u Zagrebu 21. svibnja 1971. godine. Osnovnu i srednju školu završio je u Zagrebu. Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu diplomirao je 1998. godine. Specijalizaciju iz psihijatrije završio je 2006. godine u Klinici za psihijatriju, a užu specijalizaciju iz dječje i adolescentne psihijatrije 2011. godine u Klinici za psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Zaposlen je u Klinici za psihijatriju od 2002. do 2009. godine godine, od 2009. godine zaposlen je u Specijalističkom zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Klinike za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Znanstveni poslijediplomski studij na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu završio je 2013. godine.

Sudjeluje u organizaciji domaćih i međunarodnih stručnih skupova. Objavljuje stručne i znanstvene radove, te aktivno sudjeluje u domaćim i međunarodnim stručnim skupovima.

12. PRILOZI

PRILOG 1

Mjerni instrumenti

- | | |
|------------|--|
| Prilog 1a. | Samoizvješće za mlade |
| Prilog 1b. | Upitnik ovezanosti s roditeljima (o majci) |
| Prilog 1c. | Skala funkcionalne procjene samoozljeđivanja |
| Prilog 1d. | Upitnik o mehanizmima obrane |
| Prilog 1e. | Toronto skala aleksitimije |

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): Zanimanje oca: _____	
Tvoj spol: <input type="checkbox"/> Mladić <input type="checkbox"/> Djevojka	Tvoja dob: _____		
Današnji datum: _____	Tvoj datum rođenja: _____	Zanimanje majke: _____	
Razred u školi: _____ Ne ideš u školu: <input type="checkbox"/>	Ako radiš, navedi vrstu posla: _____	Stručna sprema oca: <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)	Stručna sprema majke: <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)

Molimo 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 mjestu naznačena na stranama 2 i 4.

Molimo da odgovoriš na SVA PITANJA.

I. Molimo navedi sportove u kojima najviše voliš sudjelovati, npr. plivanje, nogomet, vožnja biciklom, klizanje, pecanje i sl.

Niti jedan sport

U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko vremena provodiš baveći se svakim od tih sportova?

Manje od Prosječno Više od
prosječka prosječka prosječka

a. _____

b. _____

c. _____

II. Molimo navedi svoje omiljene hobije, aktivnosti i igre, sve osim sportova; npr. karte, knjige, glazba, auti, računala, itd. (nemoj uključivati slušanje radija ili gledanje TV-a).

Niti jedan

U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko vremena provodiš baveći se svakom od tih aktivnosti?

Manje od Prosječno Više od
prosječka prosječka prosječka

a. _____

b. _____

c. _____

III. Molimo navedi sve organizacije, klubove, timove ili grupe kojima pripadaš.

Niti jedan

U usporedbi s drugima tvojih godina, koliko si aktivan/na u svakom od njih?

Manje Prosječno Više
aktivan/na aktivan/na aktivan/na

a. _____

b. _____

IV. Molimo navedi sve poslove ili zadatke koje imaš; npr. raznošenje novina, čuvanje djece, spremanje kreveta, rad u dućanu itd. (Uključi **plaćene**, kao i **neplaćene** poslove i zadatke).

Niti jedan

U usporedbi s drugima tvojih godina, kako ih dobro izvršavaš?
Lošije od Prosječno Bolje od
prosječka prosječka prosječka

a. _____

b. _____

Copyright 2001 T.M. Achenbach University of Vermont HR-fant.2003 **Molimo provjeri jesi li odgovorio/la na sva pitanja!**

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

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

VI. U usporedbi s drugima Vaših godina, koliko dobro:

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

VII. Uspjeh u školskim predmetima Ne idem u školu jer

Označi križićem za svaki predmet koji učiš	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"/>
Drugi predmeti npr. tečaj kompjutera, strani jezici i slične aktivnosti. Ne uključujte ovdje tjelesni odgoj, vozački i sl.				
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"/>

Imaš li kakvu bolest, fizičku nesposobnost ili hendikep? Ne Da. Molimo opiši!

Molimo opiši sve brige ili probleme koje imaš vezano uz školu:

Molimo opiši sve drugo što te brine:

Molimo opiši najbolje stvari o sebi:

Molimo provjeri jesi li odgovorio/la na sva pitanja!

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

Niže se nalazi popis tvrdnji koje opisuju mlade. Za svaku tvrdnju koja te opisuje sada ili u prošlih 6 mjeseci, molimo da zaokružiš 2 ako je tvrdnja vrlo točna ili često točna. Zaokruži 1 ako je tvrdnja ponekad ili donekle točna. Ako nije točna, zaokruži 0.0 = NIJE TOČNO 1 = PONEKAD ILI DONEKLE JE TOČNO 2 = VRLO ILI ČESTO JE TOČNO

0 1 2	1. Ponašam se predjetinjasto za svoje godine	0 1 2	33. Osjećam da me nitko ne voli
0 1 2	2. Konzumiram alkohol bez znanja roditelja(opiši): _____	0 1 2	34. Osjećam da me drugi progone
0 1 2	3. Puno se prepirem	0 1 2	35. Osjećam se bezvrijedno ili manje vrijedno
0 1 2	4. Što započnem, ne dovršim	0 1 2	36. Često se slučajno povrijedim
0 1 2	5. Uživam u malo stvari	0 1 2	37. Često sudjelujem u tučama
0 1 2	6. Volim životinje	0 1 2	38. Često me zadirkuju
0 1 2	7. Volim se hvaliti	0 1 2	39. Družim se s djecom koja zapadaju u nevolje
0 1 2	8. Teško se koncentriram ili posvećujem pozornost nečemu	0 1 2	40. Čujem zvukove ili glasove za koje drugi misle da ne postoje (opiši): _____
0 1 2	9. Ne mogu se osloboditi nekih misli; opsesije (opiši): _____	0 1 2	41. Djelujem bez da prethodno promislim
0 1 2	10. Teško mirno sjedim	0 1 2	42. Radije bih bio/bila sam/sama nego sa drugima
0 1 2	11. Previše sam ovisan o odraslima	0 1 2	43. Lažem ili varam
0 1 2	12. Osjećam se osamljeno	0 1 2	44. Grizem nokte
0 1 2	13. Osjećam se zbunjeno ili kao u magli	0 1 2	45. Nervozan/na sam ili napet/a
0 1 2	14. Puno plačem	0 1 2	46. Dijelovi mog tijela se trzaju ili se nervozno miču(opiši)
0 1 2	15. Prilično sam iskren/iskrena	0 1 2	47. Imam noćne more
0 1 2	16. Zao/Zla sam prema drugima	0 1 2	48. Druga djeca me ne vole
0 1 2	17. Puno sanjarim	0 1 2	49. Neke stvari radim bolje od većine djece
0 1 2	18. Namjerno se pokušavam povrijediti ili ubiti	0 1 2	50. Previše sam strašljiv/a ili tjeskoban/na
0 1 2	19. Tražim puno pažnje	0 1 2	51. Osjećam vrtoglavicu ili ošamućenost
0 1 2	20. Uništavam vlastite stvari	0 1 2	52. Osjećam se previše krivim
0 1 2	21. Uništavam stvari koji pripadaju drugima	0 1 2	53. Previše jedem
0 1 2	22. Ne slušam roditelje	0 1 2	54. Osjećam se premoreno bez valjanog razloga
0 1 2	23. Ne slušam u školi	0 1 2	55. Imam previše kila
0 1 2	24. Ne jedem koliko bih trebao/trebala		56. Tjelesni problemi bez poznatih medicinskih uzroka:
0 1 2	25. Ne slažem se s ostalom djecom	0 1 2	a. tegobe ili bolovi (ne glavobolja ili bol u trbuhu)
0 1 2	26. Ne osjećam se krivim nakon što napravim nešto što ne bih smio/snjela	0 1 2	b. glavobolje
0 1 2	27. Ljubomorana/na sam	0 1 2	c. mučnina, slabost
0 1 2	28. Kršim pravila kod kuće, u školi i na drugim mjestima	0 1 2	d. problemi s očima (ne oni koji se ispravljaju nošenjem naočala) (opiši): _____
0 1 2	29. Bojim se nekih životinja, situacija ili mjesta, osim škole (opiši): _____	0 1 2	e. osip ili drugi problemi s kožom
		0 1 2	f. bolovi u trbuhu ili grčevi
		0 1 2	g. povraćanje, bljuvanje

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

Upitnik Povezanosti s roditeljima (o majci) (PBI)

Upitnik se sastoji od liste različitih stavova i ponašanja roditelja. Na svako pitanje obilježi odgovor koji najbolje opisuje odnos Vaše MAJKE prema Vama po onome čega se sjećate.

	Vrlo slično	Slično	Drugačije	Sasvim drugačije
Obraćala mi se toplim i prijateljskim glasom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nije mi pomagala onoliko koliko mi je bilo potrebno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puštala me da radim ono što volim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Djelovala je emocionalno hladno prema meni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Činilo se da razumije moje probleme i brige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bila je nježna prema meni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voljela je da sam(a) donosim svoje odluke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nije željela da odrastem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pokušavala je kontrolirati sve što sam činio/la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miješala se u moju privatnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uživala je razgovarati sa mnom o svemu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Često mi se smiješila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bila je sklona da me mazi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Činilo se da ne razumije moje želje i potrebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puštala me da sam(a) donosim svoje odluke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Činila je da se osjećam nepoželjnim/nom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mogla me oraspoložiti kad sam se osjećalo loše	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nije mnogo razgovarala sa mnom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pokušavala me je učiniti ovisnim/nom o sebi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imala je osjećaj da se ne mogu brinuti o sebi ako ona nije u blizini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Davala mi je slobode koliko sam htio/htjela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puštala me vani koliko sam htio/htjela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odnosila se prezaštitnički prema meni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nije me hvalila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puštala me da se oblačim kako sam htio/htjela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Upitnik o funkciji samoozljeđujućeg ponašanja (FASM)

Što te motiviralo na samoozljeđujuće ponašanje, odnosno koji je bio željeni učinak tog ponašanja (zaokruži sve što je za tebe istinito, u skladu s učestalošću – Nikada, Ponekad, Često, Uvijek)

Motivacija / željeni učinak	Nikada	Ponekad	Često	Uvijek
01. Izbjegavanje odlaska u školu i / ili obaveza	0	1	2	3
02. Olakšanje osjećaja otupjelosti i / ili praznine	0	1	2	3
03. Privlačenje pažnje	0	1	2	3
04. Osjetiti nešto, pa makar to bila i bol	0	1	2	3
05. Izbjeći nešto neugodno (osjećaj)	0	1	2	3
06. Kontrola situacije	0	1	2	3
07. Dobiti nečiju reakciju, pa makar bila i negativna	0	1	2	3
08. Dobijanje više pažnje od roditelja ili prijatelja	0	1	2	3
09. Izbjegavanje druženja	0	1	2	3
10. Kazniti se	0	1	2	3
11. Navesti druge ljude na drugačije ponašanje ili da se promijene	0	1	2	3
12. Biti kao netko koga cijeniš	0	1	2	3
13. Izbjegavanje kazne ili odgovornosti, izbjegavanje snošenja posljedica	0	1	2	3
14. Zaustaviti loše osjećaje	0	1	2	3
15. Dati drugima do znanja koliko si bio očajan / očajna	0	1	2	3
16. Osjećati se više kao pripadnik grupe	0	1	2	3
17. Navesti roditelje da te razumiju, zamijete	0	1	2	3
18. Imati što raditi kada si sam / sama	0	1	2	3
19. Imati nešto zajedničko s drugima, raditi nešto zajedno s drugima	0	1	2	3
20. Poziv u pomoć	0	1	2	3
21. Naljutiti nekoga	0	1	2	3
22. Osjećaj opuštenosti	0	1	2	3
23. Nešto drugo (npr. navika)	0	1	2	3

Upitnik o mehanizmima obrane (DSQ-40)

U ovom upitniku se nalazi niz tvrdnji koje opisuju različita ponašanja i razmišljanja. Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i zaokružite broj na skali procjene koji odgovara Vašem mišljenju. Ti brojevi imaju slijedeće značenje:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Uopće se NE slažem				Niti se slažem, niti se ne slažem				U potpunosti se slažem

1.	Pričinjava mi zadovoljstvo pomagati drugima i ako mi se to onemogućući mogu postati depresivna.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.	Mogu odgoditi razmišljanje o nekom problemu dok ne nađem vremena suočiti se s njim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.	Rješavam se tjeskobe radeći nešto konstruktivno i kreativno poput slikanja, pisanja, obrade drva, i sl.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.	Nalazim dobre razloge za sve što radim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.	Mogu se poprilično lako nasmijati sebi.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.	Ljudi teže tome da se loše odnose prema meni.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.	Ako bi me netko napao i ukrao mi novac, više bih voljela da mu se pomogne nego da bude kažnjen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.	Ljudi kažu da često ignoriram neugodne činjenice kao da ne postoje.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.	Ignoriram opasnosti kao da sam Superman.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.	Ponosim se svojom sposobnošću da pokažem ljudima gdje im je mjesto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.	Često reagiram impulzivno kada mi nešto smeta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.	Razbolim se kada mi stvari u životu krenu naopako.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.	Vrlo sam povučena osoba.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.	Više zadovoljstva mi pružaju moja maštanja nego moj stvarni život.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.	Imam posebne talente koji mi omogućuju da idem kroz život bez poteškoća.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.	Uvijek postoje dobri razlozi kada stvari ne idu po mome.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.	Više stvari riješim u svojim maštanjima negoli u stvarnom životu.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18.	Ničega se ne bojim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19.	Ponekad za sebe mislim da sam kao anđeo, a ponekad da sam pravi vrag.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20.	Postanem otvoreno agresivna kada se osjećam povrijeđeno.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21.	Uvijek osjećam da je netko koga poznajem poput mog anđela čuvara.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22.	Po mom mišljenju ljudi su ili dobri ili loši.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

23.	Ako bi me moj šef nazivciraio, namjerno bih griješila na poslu ili bih radila sporije samo da mu se osvetim.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
24.	Postoji osoba koju znam, a koja može napraviti sve i apsolutno je pravedna i poštena.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
25.	Mogu prikrivati svoje osjećaje ako bi njihovo pokazivanje utjecalo na ono što radim.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
26.	Obično mogu uvidjeti ljepšu stranu inače bolne situacije.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
27.	Dobijem glavobolju kada moram raditi nešto što ne volim.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
28.	Često primjećujem da sam ljubazna prema ljudima na koje bih se trebala ljutiti.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
29.	Sigurna sam da izvlačim deblji kraj u životu.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
30.	Kada se u životu moram suočiti s teškom situacijom pokušavam zamisliti kako će to izgledati i planirati načine na koje ću se suočiti s tom situacijom.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
31.	Liječnici zapravo nikad ne razumiju što mi je.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
32.	Kad se borim za svoja prava, imam potrebu ispričati se zbog toga.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
33.	Kada sam depresivna ili tjeskobna, hrana mi pomogne da se osjećam bolje.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
34.	Često mi kažu da ne pokazujem svoje osjećaje.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
35.	Ako unaprijed predvidim da ću se rastužiti, bolje se nosim s time.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
36.	Bez obzira na to koliko se žalim, nikad ne dobijem zadovoljavajući odgovor.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
37.	Često primijetim da ne osjećam ništa kada se čini da situacija zahtijeva jake emocije.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
38.	Ustrajanje na zadatku štiti me od osjećaja tjeskobe ili depresije.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
39.	Kad bi se našla u krizi, potražila bih druge osobe koje imaju isti problem.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
40.	Ako imam agresivne misli, osjećam potrebu učiniti nešto što bi ih zamijenilo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9

TAS-20

Molimo Vas da pažljivo pročitate ovaj popis tvrdnji. Uz svaku navedenu tvrdnju zaokružite jedan od pet predloženih odgovora i to onaj, koji najbolje opisuje Vaše osjećaje. Predloženi odgovori su:

1. Uopće se ne slažem	2. Umjereno se ne slažem	3. Niti se slažem, niti se ne slažem	4. Umjereno se slažem	5. Potpuno se slažem
-----------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	----------------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Često ne znam što točno osjećam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Teško pronalazim prave riječi za svoje osjećaje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ono što osjećam u svome tijelu ni liječnici ne razumiju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Lako opisujem svoje osjećaje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Više volim proučiti problem, nego li ga opisati | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Kad sam uzrujan, ne znam da li sam tužan, uplašen ili liut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Često mi je zaonjetno što osjećam u svome tijelu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Radije pustim da se stvari dogode, nego da razmišljam zašto su tako ispile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Osjećam nešto što ne mogu prepoznati | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Smatram važnim biti u kontaktu sa svojim osjećajima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Teško opisujem što osjećam prema ljudima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ljudi mi govore da više opisujem ono što osjećam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ne znam što se zbiva u meni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Često ne znam zašto sam liut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Radije pričam s ljudima o onome što rade, nego li o onome što osjećaju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Prije ću pogledati neku zabavnu emisiju, nego li psihološku dramu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ono što osjećam duboko u sebi teško mi je otkriti i bliskim prijateljima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mogu se i u šutnji osjećati blizak s nekim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Razmišljanje o svojim osjećajima smatram korisnim u rješavanju osobnih problema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Traženje skrivenih poruka u kazališnim predstavama i filmovima ometa u uživanju u njima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Molimo vas da provjerite da li ste odgovorili na sve tvrdnje! Hvala!

PRILOG 2

Tablični prikaz rezultata istraživanja:

- Prilog 2a. Usporedba redosljeda (ranga) problemskih skala Izvješća za mlade (Youth self-report, YSR) po značajnosti, te poredak razlika njihovih pojavnosti između skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem i bez samoozljeđujućeg ponašanja, po spolu
- Prilog 2b. Prikaz graničnih vrijednosti bruto rezultata problemskih skala YSR upitnika (izračunatno prema normama za hrvatsku populaciju, Rudan et al. 2005¹⁵⁰)
- Prilog 2c. Rezultati roditeljskih parova na upitniku Povezanosti s roditeljima u ispitanica
- Prilog 2d.. Rezultati roditeljskih parova na upitniku Povezanosti s roditeljima u ispitanika
- Prilog 2e. Procjena aleksitimije upitnikom Toronto skala aleksitimije (TAS-20)

Prilog 2a. Usporedba poretka problemskih skala Izvješća za mlade (Youth self-report, YSR) po značajnosti, te poredak razlika njihovih pojavnosti između skupina ispitanika sa samoozljeđujućim ponašanjem i bez samoozljeđujućeg ponašanja, po spolu.

Skala YSR	Ispitanice					Ispitanici				
	SO	Bez SO	Diff	t	p	SO	Bez SO	Diff	t	p
Depresivnost	1	6	1	5,689	< 0,01	5	6	1	3,651	< 0,01
Somatizacija	2	2	4	3,608	< 0,01	7	7	2	3,363	< 0,01
Problemi mišljenja	3	4	5	3,413	< 0,01	6	8	5	2,042	< 0,05
Povučenost	4	5	6	3,798	< 0,01	8	3	7	1,378	> 0,05
Socijalni problemi	5	3	7	3,555	< 0,01	4	5	3	2,129	< 0,05
Agresivnost	6	7	2	4,263	< 0,01	2	1	6	1,515	> 0,05
Problemi pažnje	7	1	8	2,273	< 0,05	3	4	4	2,228	< 0,05
Kršenje pravila	8	8	3	4,22	< 0,01	1	2	8	1,444	> 0,05

SO – sa samoozljeđivanjem, redoslijed učestalosti, 1 – najučestalije, 8 – učestalost najmanja; Bez SO - bez samoozljeđivanja; Diff – rang razlika između skupina sa SO i bez SO; t – test značajnosti razlika između skupina sa SO i bez SO; p – značajnost razlike

Prilog 2b. Prikaz graničnih vrijednosti bruto rezultata problemskih skala YSR upitnika
(izračunatno prema normama za hrvatsku populaciju, Rudan et al. 2005 **)

	Ispitanice		Ispitanici	
	T65	T70	T65	T70
Povučenost	7,34	8,50	6,73	7,95
Somatizirajući problem	7,77	9,23	6,01	7,27
Depresivnost	13,86	16,24	11,11	13,24
Socijalni problemi	5,81	6,86	6,16	7,31
Problem mišljenja	4,81	5,86	5,41	6,63
Problem pažnje	9,54	11,01	9,44	10,98
Delinkventno ponašanje	6,68	8,00	8,26	9,85
Agresivno ponašanje	15,84	18,26	15,77	18,43
Internalizirajući problem	25,62	29,65	21,36	25,21
Eksternalizirajući problem	21,37	24,72	22,54	26,30
Ukupno	60,92	69,81	58,98	68,53

T65 - T69 - granična razina

T70 + - klinička razina

Prilog 2c. Rezultati roditeljskih parova na upitniku Povezanosti s roditeljima kod **ispitanica**

		Otac, N (%)				
		Roditeljski stil	Osjećajno sputavanje	Optimalno roditeljstvo	Bezosjećajna kontrola	Zanemarujuće roditeljstvo
SO N=52	Majka N (%)	Osjećajno sputavanje	3 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	/
		Optimalno roditeljstvo	1 (12,5)	3 (37,5)	3 (37,5)	1 (12,5)
		Bezosjećajna kontrola	1 (3,4)	5 (17,2)	18 (62,1)	5 (17,2)
		Zanemarujuće roditeljstvo	/	/	5 (62,5)	3 (37,5)
		Osjećajno sputavanje	3 (42,9)	/	3 (42,9)	1 (14,3)
Bez SO N=23	Majka N (%)	Optimalno roditeljstvo	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	/
		Bezosjećajna kontrola	3 (42,9)	1 (14,3)	3 (42,9)	/
		Zanemarujuće roditeljstvo	/	/	2 (66,7)	1 (33,3)
		Osjećajno sputavanje	3 (42,9)	/	3 (42,9)	1 (14,3)

Tumačenje roditeljskog stila:

Osjećajno sputavanje - visoka razina brige
- visoka razina kontrole/zaštite

Bezosjećajna kontrola - niska razina brige
- visoka razina kontrole/zaštite

Optimalno roditeljstvo - visoka razina brige
- niska razina kontrole/zaštite

Zanemarujuće roditeljstvo - niska razina brige
- niska razina kontrole/zaštite

Prilog 2d. Rezultati roditeljskih parova na upitniku Povezanosti s roditeljima kod **ispitanika**

			Otac, N (%)				
			Osjećajno sputavanje	Optimalno roditeljstvo	Bezosjećajna kontrola	Zanemarujuće roditeljstvo	
SO N=22	Majka N (%)	Osjećajno sputavanje	2 (25)	2 (25)	3 (37,5)	1 (12,5)	
		Optimalno roditeljstvo	0 (0)	1 (50)	0 (0)	1 (50)	
		Bezosjećajna kontrola	1 (10)	1 (10)	7 (70)	1 (10)	
		Zanemarujuće roditeljstvo	/	/	/	2 (100)	
<hr/>			Osjećajno sputavanje	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,2)	/
Bez SO N=42	Majka N (%)	Optimalno roditeljstvo	/	6 (54,5)	2 (18,2)	3 (27,3)	
		Bezosjećajna kontrola	1 (6,7)	2 (13,3)	6 (40)	6 (40)	
		Zanemarujuće roditeljstvo	/	2 (28,6)	3 (42,9)	2 (28,6)	

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja

Prilog 2e. Procjena aleksitimije upitnikom Toronto skala aleksitimije (TAS-20)

		Aleksitimija	Moguća aleksitimija	Odsutnost aleksitimije
Ženski N (%)	SO	26 (47,3)	14 (25,5)	15 (27,3)
	Bez SO	8 (30,8)	7 (26,9)	11 (42,3)
Muški N (%)	SO	10 (41,7)	6 (25,0)	8 (33,3)
	Bez SO	11 (24,4)	16 (35,6)	18 (40,0)

SO – sa samoozljeđujućim ponašanjem; bez SO – bez samoozljeđujućeg ponašanja