

Samoozljeđivanje kod adolescenata

Golja, Marta

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:573974>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marta Golja

SAMOOZLJEĐIVANJE KOD ADOLESCENATA

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Linda Rajhvajn Bulat

Zagreb, 2023.

SADRŽAJ

1. Uvod u temu	1
2. O samoozljeđivanju	1
2.1. <i>Definicije samoozljeđivanja</i>	2
2.2. <i>Teorije koje opisuju samoozljeđivanje</i>	3
2.3. <i>Funkcija samoozljeđivanja</i>	5
2.4. <i>Povezanost samoozljeđivanja i suicidalnosti</i>	6
3. Značajke samoozljeđivanja	8
3.1. <i>Načini samoozljeđivanja</i>	8
3.2. <i>Suicidalno i nesuicidalno samoozljeđivanje</i>	8
3.3. <i>Učestalost samoozljeđivanja</i>	10
3.4. <i>Implikacije i učinci samoozljeđivanja</i>	11
4. Čimbenici samoozljeđujućeg ponašanja	12
4.1. <i>Rizični čimbenici samoozljeđivanja</i>	12
4.2. <i>Zaštitni čimbenici samoozljeđivanja</i>	14
5. Psihološke intervencije i tretmani kod samoozljeđivanja	16
5.1. <i>Traženje pomoći</i>	16
5.2. <i>Intervencije i tretmani</i>	17
5.3. <i>Prevenција samoozljeđujućeg ponašanja</i>	19
6. Uloga obitelji i prijatelja kod prevencije samoozljeđivanja	21
6.1. <i>Podrška obitelji</i>	21
6.2. <i>Vršnjačka podrška</i>	22
7. Zaključak	24
Literatura	25

Samoozljeđivanje kod adolescenata

Sažetak:

Samoozljeđivanje može biti suicidalno ili nesuicidalno. Uključuje namjerno nanošenje ozljeda vlastitom tijelu. Samoozljeđivanje je u suvremenom svijetu vrlo veliki problem. Kod adolescenata postoji posebno velik problem samoozljeđivanja koji pogađa i druge iz njihove okoline, posebno obitelj. Postoje brojni rizični čimbenici koji dovode do samoozljeđivanja, a među njima su ključni osobni i okolinski faktori. Obitelj na pojedinca može djelovati pozitivno ili negativno. Negativno djelovanje obitelji koje uključuje zlostavljanje, nasilje i svađe u obitelji može se očitovati i na pojavu samoozljeđivanja. Iz navedenog razloga treba naglasak staviti na prevenciju samoozljeđivanja na svim društvenim razinama, uključujući i usmjerenost na odnose u obitelji. Obiteljska i vršnjačka potpora imaju važnu ulogu u osnaživanju osoba koje nanose ozljede vlastitom tijelu.

Ključne riječi: samoozljeđivanje, adolescenti, nesuicidalno samoozljeđivanje, suicidalno samoozljeđivanje, prevencija

Self harm among adolescents

Abstract:

Self-harm can be suicidal or non-suicidal. It involves the intentional infliction of injury on one's own body. Self-harm is a very big problem in the modern world. Among adolescents, there is a particularly big problem of self-harm, which also affects others from their environment, especially the family. There are numerous risk factors that lead to self-harm, and personal and environmental factors are key among them. The family can have a positive or negative effect on an individual. The negative effects of the family, which include abuse, violence and quarrels in the family can manifest themselves in occurrence of self-harm. For the above reason, emphasis should be placed on the prevention of self-harm at all social levels, including focusing on family relationships. Family and peer support play an important role in the treatment of people who injure their own bodies.

Key words: self-injury, adolescents,, non-suicidal self-injury, suicidal self-injury, prevention

Izjava o izvornosti

Ja, **Marta Golja**, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Marta Golja

Datum: 12.08.2023.

1. Uvod u temu

Prema Međunarodnom društvu za proučavanje samoozljeđivanja (ISSS, 2016.), 6 do 8% adolescenata i mladih odraslih prijavljuje više samoozljeđujućeg ponašanja od opće populacije. Ti brojevi, međutim, mogu biti nerealni jer ljudi koji se namjerno povrijede često izbjegavaju tražiti liječničku pomoć zbog srama i krivnje koju nerijetko osjećaju. Učestalost samoozljeđivanja tijekom života među adolescentima diljem svijeta kreće se od 16 do 18%, a studija koju je proveo Klonsky (2011.), pokazuje kako je samoozljeđivanje zabilježeno kod 18,9% mladih u dobi do 30 godina starosti. Pojava samoozljeđivanja često se pojavljuje kod populacije u dobi između 12 i 14 godina odnosno u ranom pubertetu i češće je kod adolescenata i mladih odraslih osoba, nego kod starijih osoba (Klonsky, 2011.).

Pojedini istraživači navode da je samoozljeđivanje češće kod žena, nego kod muškaraca (Arkins i sur., 2013.), ali druge studije pokazuju da je podjednako često u oba spola te da nerijetko muškarci i žene dijele slične karakteristike nesuicidalnog samoozljeđivanja (NSSI) i ishode liječenja. Iako su muškarci prijavili nižu ozbiljnost većine NSSI korelata (npr. suicidalnost, psihološki poremećaji), ne smije se zanemariti prisutnost samoozljeđujućeg ponašanja i kod muškog spola (Klonsky, 2011.). Bjärehed (2012.) tvrdi da je većina istraživanja o NSSI-u usredotočena na djevojčice i upozorava kako bi se veća pažnja trebala pridati ispitivanju značajki samoozljeđivanja i kod dječaka, kako ne bi došlo do generaliziranja rezultata istraživanja sa ženskim spolom na cijelu populaciju.

2. O samoozljeđivanju

Iako se o samoozljeđivanju pojačano govori u novije vrijeme, nanošenje boli samom sebi pojava je koja je zabilježena još mnogo prije. Samoozljeđivanje ima dugu i univerzalnu praksu, a ceremonije koje uključuju krv, rezanje i modificiranje tijela pojavljuju se u brojnim kulturama i religijama. Često su se krv, žrtve i sakaćenja nalazili u središtu religije, za iskupljenje grijeha, duhovni napredak ili postizanje

čistoće. Biblija dokumentira rituale u kojima su se oni koji su štovali lažne bogove sjekli mačevima i kopljima, a samorezanje tijela se povezivalo s onima koji su bili opsjednuti demonima (Barker, 2008.). Bičevanje je bilo uobičajena praksa u trinaestom i četrnaestom stoljeću među religioznim ljudima te se koristilo za pokoru i pobožnost, a kastracija u vjerske svrhe zabilježena je tijekom šesnaestog stoljeća. Hinduistički festival Thaipusam uključuje žrtvovanje, uključujući nošenje teških šiljaka ubačenih u tijelo ili probadanje kukama i kopljima.

Izvan religijskog konteksta, povijest kažnjavanja i mučenja je duga, sa sakaćenjem i konačnom smrću koja se događa kroz stoljeća. Trefinacija, drevna praksa pravljenja otvora u lubanji kako bi se omogućio bijeg ili ulazak duhova, i dalje se prakticira u dijelovima Afrike, Južne Amerike i Melanezije. Na suptilnijoj razini, korištenje kože kao sredstva za ublažavanje napetosti i mjesta zacjeljivanja ima mnoge oblike, uključujući češanje i struganje kože (Barker, 2008).

2.1. Definicije samoozljeđivanja

O samoozljeđivanju se u medicini počelo izvještavati od 19. stoljeća, a ono se može definirati kao namjerno samoozljeđivanje vlastitog tijela bez suicidalne namjere. Samoozljeđivanje je pojam koji obuhvaća i *suicidalna* ponašanja (ponašanje samoozljeđivanja s namjerom okončanja života) i *nesuicidalno* samoozljeđivanja (samoozljeđivanje bez namjere smrti). Termin suicidalnog samoozljeđivanja definira samoozljeđivanje kao nanošenje ozljeda tijelu sa suicidalnom namjerom, dok teorija nesuicidalnog samoozljeđivanja (engl. *on-suicidal self-injury* - NSSI) definira NSSI kao samoprouzročeno uništavanje tjelesnog tkiva bez suicidalne namjere i u svrhe koje nisu društveno odobrene (International Society for the Study of Self-injury, 2018.).

Do samoozljeđivanja dolazi kada netko ozlijedi sebe kako bi izrazio ekstremnu emocionalnu patnju i unutarnji nemir. Uglavnom se osobe koje se samoozljeđuju ne namjeravaju ubiti, ali rezultati mogu ipak naposljetku biti kobni (pogotovo kada se osobe naviknu na bol i ispituju granice) (World Health Organization, 2019.).

Iako samoozljeđivanje nije zasebna dijagnoza u DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013.), već ponašanje/simptom, ono se može povezati s psihički narušenim zdravljem i povećanim rizikom od smrti. Obično se samoozljeđivanje povezuje s psihičkim poremećajima kao što su depresija, anksioznost, ovisnost o drogama, poremećaji prehrane, posttraumatski stresni poremećaj, autizam, bipolarni sindrom, psihoza i granični poremećaj osobnosti.

U zdravstvu se samoozljeđivanje identificira kroz razgovor s osobom koja se samoozljeđuje ili promatranjem. Medicinski djelatnici općenito navode da je posjedovanje znanja o funkcioniranju samoozljeđivanja i samim time priprema za susret s osobama koje se samoozljeđuju važno i pomaže u interakciji s takvim pacijentima. Potrebno je više znanja kako bi se poboljšalo razumijevanje funkcija samoozljeđivanja za pojedinca da bi se razvio niz vještina za pružanje najbolje moguće zdravstvene skrbi i pomoći u prevenciji i smanjenju štete (Lindgren i sur., 2018.). Bolje razumijevanje značenja samoozljeđivanja važno je zbog unapređenja znanja medicinskih i socijalnih radnika u radu s ljudima koji se samoozljeđuju te stvaranju odnosa povjerenja i suradnje s njima.

2.2. Teorije koje opisuju samoozljeđivanje

Psihoanalitička perspektiva dala je prvo razvojno tumačenje utjecaja traumatskog iskustva na ljudski razvoj.

Freud (1926., prema Pierce 1996.) opisuje model u kojem traumatski događaj, karakteriziran iskustvom bespomoćnosti, ubrzava intenzivnu tjeskobu (tj. "signalnu tjeskobu") koja mobilizira ego da izbjegne buduće susrete s potencijalno retraumatizirajućim podražajima. Na taj je način Freud smatrao da traumatsko iskustvo može pojedinca učiniti preosjetljivim na potencijalne znakove nadolazeće traume. Ova preosjetljivost izaziva intenzivno stanje tjeskobe koje potiče pojedinca da odmah djeluje. U ovoj perspektivi samoozljeđivanje se promatra kao obrana koja je izazvana signalom anksioznosti u nastojanju te je usmjerena na izbjegavanje retraumatizacija.

Teorija privrženosti također se može povezati sa samoozljeđivanjem, a ona govori kako organizacija odnosa djetete-roditelj dovodi do samoorganizacije tijekom prve 2 godine života (Sroufe, 1989.). Ponavljane interakcije u odnosu privrženosti ometaju djetetov novi osjećaj sebe, očekivanja od drugih i, u konačnici, njegovu sposobnost da se uključi u uzajamne i empatične odnose. Teorija privrženosti daje dvije različite tvrdnje koje se odnose na samoozljeđivanje. Prvo, nesigurna privrženost može učiniti djetete ranjivijim na samoozljeđivanje u kasnijem razvoju jer djetete usvaja negativna očekivanja od sebe, drugih i sebe u odnosu na druge što u konačnici može voditi samoozljeđivanju sebe. Ta negativna očekivanja izoliraju djetete od društvenog svijeta i njegove podrške, osobito neposredno nakon stresnih ili traumatskih događaja. Drugo, neorganizirana privrženost može biti jedan mehanizam kojim se traumatično iskustvo u okruženju skrbi prevodi u adaptacijske ranjivosti, koja pridonosi kasnijem samoozljeđivanju.

U sklopu bihevioralne perspektive postoje dvije temeljne teorije učenja koje su primijenjene na proučavanje i liječenje samoozljeđivanja: Bandurin (1973.) model socijalnog učenja, koja se usredotočuje na promatračko učenje i modeliranje kao primarne mehanizme stjecanja ponašanja i Skinnerov (1953.) model koja naglašava važnost obrazaca potkrepljenja u oblikovanju i održavanju ponašanja. Samoozljeđivanje proizlazi iz naučenog promatranja samoozljeđivanja. U tom pogledu, pojedinci mogu naučiti o samoozljeđivanju i njegovim "dobrobitima" promatrajući ponašanje utjecajnih drugih u vršnjačkom, obiteljskom ili širem kulturnom okruženju (npr. mediji). Procesi socijalnog učenja mogu doprinijeti početku samoozljeđivanja kod pojedinca, koje se zatim pojačava vanjskim i unutarnjim nepredviđenim okolnostima.

Teorija socijalnog učenja posebno je relevantna za razumijevanje društvenog konteksta samoozljeđivanja. Nock (2010.) je formulirao šest temeljnih hipoteza koje stoje iza pojave samoozljeđivačkog ponašanja: hipoteza socijalnog učenja, hipoteza o samokažnjavanju, hipoteza socijalnog signaliziranja, pragmatička hipoteza, hipoteza opijata te hipoteza implicitne identifikacije. Prva hipoteza je socijalno učenje. Bandurin koncept socijalnog učenja pretpostavlja da veliki broj čovjekovih obrazaca učenja potječe iz opaženih i naučenih tehnika ponašanja prema sebi, odnosno iz pozitivnih (i poželjnih) okvira te negativnih ili patoloških oblika ponašanja.

Podrazumijeva se da društveni kontakt ima ključnu ulogu u razvoju mladih adolescenata. Mnoge stvari koje čovjek zna naučio je od svojih roditelja, vršnjaka, učitelja i idola. Stoga je razumljivo da mnogi samoozljeđujući oblici ponašanja često potječu iz kulturnog konteksta u kojem pojedinac živi – okruženja koje mu nudi različite strategije ponašanja koje on upija i iz kojih kreira vlastita ponašanja i stavove. Ostale hipoteze koje se spominju su mentalni poremećaji i poremećaji povezani sa suicidalnim ponašanjem.

2.3. Funkcija samoozljeđivanja

Nekoliko je funkcija samoozljeđivanja, uključujući onu da je samoozljeđivanje sredstvo reguliranja neugodnih osjećaja, kažnjavanja sebe, utjecaja na druge, zaustavljanja psihotičnih epizoda, odupiranje porivu za pokušajem samoubojstva i traženje smisla (Nock, 2013). Sljedeći izvor literature objašnjava kako dokazi najdosljednije podržavaju model samoozljeđivanja koji regulira afekte (Klonsky, 2007.). Konkretno, tri vrste dokaza podupiru funkciju regulacije afekta: većina osoba koje se samoozljeđuju izjavljuje da to čine kako bi smanjili negativne afekte; samoprocjena i laboratorijske studije sugeriraju da negativni afekt prethodi samoozljeđivanju i da taj afekt poboljšava sljedeće samoozljeđivanje te dokaz kako samoozljeđivanje smanjuje pojedine negativne učinke.

U kliničkoj literaturi naznačene su brojne funkcije samoozljeđivanja, uključujući: ublažavanje neugodnih emocija, kao što su tjeskoba, krivnja, usamljenost, otuđenje ili mržnja prema sebi; preusmjeravanje neugodnih misli ili osjećaja; otpuštanje ljutnje, napetosti ili emocionalne boli; pružanje osjećaja sigurnosti ili kontrole; kažnjavanje sebe; postavljanje granice s drugima; kako bi se okončala depersonalizacija/derealizacija, povratna sjećanja ili užurbane misli (Gratz, 2003.).

Gratz (2003.) je proveo istraživanje među studentima koji su se samoozljeđivali. Studenti su naveli da je najčešći razlog za samoozljeđivanje bio oslobađanje od neželjenih osjećaja. Činom nanošenja fizičke boli samom sebi iskazivali su kako su se na taj način rješavali neželjenih osjećaja tuge, anksioznosti i drugih osjećaja koji izazivaju duševnu bol. Samoozljeđivanje adolescenata funkcionira kao vrsta

emocionalne kontrole sa sljedećim najčešćim razlozima samoozljeđivanja: depresija, osjećaj potpune samoće, neugodni osjećaji prema sebi, rastresenost i osjećaj potrebe da se ozlijedi. Samoozljeđivači su izvijestili da su se neugodne emocije (bijes, depresija, usamljenost i frustracija) smanjile tijekom i nakon samoozljeđivanja, dok su emocije koje se smatraju ugodnima (olakšanje) i samosvjesnima (krivnja, sram, gađenje) porasle nakon samoozljeđivanja (Gratz, 2003.).

Više se istraživača (Klonsky, 2009.; Gratz, 2003.; Nock, 2013.), slaže kako su glavni učinci samoozljeđivanja ili nanošenja fizičke štete samima sebi: smanjenje emocionalnog pritiska, smanjenje neugodnih osjećaja, kažnjavanje za neugodne osjećaje, dobivanje pažnje od nekoga te bijeg od samog sebe i drugih)

2.4. Povezanost samoozljeđivanja i suicidalnosti

Iako se samoozljeđivanje razlikuje od pokušaja samoubojstva, rizik od samoubojstva se s vremenom povećava jer navikavanje na samoozljeđivanje i fizičku bol smanjuje strah pojedinca od samoubojstva i smrti ili se može razviti potreba za više od onoga što samoozljeđivanje može pružiti (Joiner, Ribeiro i Silva, 2012.). Također, Joiner i suradnici (2012.) su zaključili da je povijest samoozljeđivanja jedan od najkonzistentnijih i najsnažnijih prediktora suicidalnog ponašanja u studijama provedenim tijekom 50-godišnjeg razdoblja.

Bryan i sur. (2015.) također su zaključili da povijest samoozljeđivanja predviđa buduće pokušaje samoubojstva i da adolescenti s poviješću samoozljeđivanja imaju značajno povećan rizik od pokušaja samoubojstva u sljedeće 2 godine. U studiji zajednice i klinički neovisnih uzoraka, istraživanja su otkrila umjerenu do visoku povezanost između samoozljeđivanja i povijesti pokušaja samoubojstva, pri čemu je povezanost jača od mnogih drugih priznatih čimbenika rizika za samoubojstvo (npr. depresije, anksioznosti i graničnog poremećaja osobnosti) i samo su suicidalne ideje bile jače povezane s pokušajima samoubojstva, nego samoozljeđivanje (Klonsky, May i Glenn, 2013.).

Uz istraživanje povezanosti između samoozljeđivanja i pokušaja samoubojstva kao dva odvojena događaja, mnoga su istraživanja, također, otkrila značajno preklapanje između samoozljeđivanja i suicida, koje se može dogoditi ne samo odvojeno, već i često istodobno, te je navedeno poseban važan faktor rizika (Asarnow i sur., 2011.). Nock i sur. (2006.) otkrili su, nakon kliničkih razgovora s 89 hospitaliziranih adolescenata, da je 70% adolescenata koji su prijavili povijest samoozljeđivanja, također, prijavilo povijest prethodnih pokušaja samoubojstva, a ova skupina pacijenata pokazala je tendenciju prema metodološki raznolikijem ponašanju samoozljeđivanja koji zahtijevaju više kliničke pažnje. U drugim je studijama, također, prijavljeno gotovo 63%–77% adolescenata s psihijatrijskim poremećajima koji su prijavili i samoozljeđivanje i pokušaje samoubojstva (Asarnow i sur., 2011.), što je fenomen koji je postao sve češći u kliničkoj praksi.

3. Značajke samoozljeđivanja

3.1. Načini samoozljeđivanja

Postoje mnoge vrste ponašanja samoozljeđivanja kod mladih ljudi. Prema Bjärehedu (2012.) to može uključivati: rezanje ili paljenje kože, trovanje raznim tabletama, udaranje vlastitog tijela, čupanje kose, ozljeđivanje raznim predmetima, lupanje glavom ili drugim dijelovima tijela u zid.

Ercegović i suradnici (2018.) u istraživanju s adolescentima u Hrvatskoj dobile su rezultate kako se adolescenti ozljeđuju na različite načine. Adolescenti s NSSI samoozljeđivali su se: rezanjem, urezivanjem riječi i znakova, grebanjem, zabadanjem oštih predmeta, paljenjem, udaranjem šakom, griženjem, namjernim sprječavanjem cijeljenja rana, trljanjem kože i udaranjem glavom, pri čemu je rezanje najčešći oblik, prisutan kod svih adolescenata. Također valja spomenuti kako je kod većine ispitanike prisutno korištenje više metoda samoozljeđivanja, dok je samo jedan ispitanik koristio samo jedan tip samoozljeđivanja.

Neki od znakova samoozljeđivanja su očiti – poput neobjašnjivih posjekotina ili opekline – no često su osobe koje se samoozljeđuju vješte u skrivanju takve vrste dokaza od svoje okoline. Oldershaw i suradnici (2008.) opisuju znakove na koje treba obratiti pažnju: laganje odnosno neobični odgovori na pitanja o uzroku vidljivih rana na tijelu, povlačenje i zatvaranje u sebe, česte bolesti, gubitak težine, udaljavanje od roditelja i drugih te neuobičajeno ponašanje.

3.2. Suicidalno i nesuicidalno samoozljeđivanje

Kao što je na početku već opisana razlika između suicidalnog i nesuicidalnog samoozljeđivanja, kod nesuicidalnog samoozljeđivanja kojim se većinski bavi ovaj rad, naglasak je upravo na trenutačnoj boli koju si osoba nanosi zbog nekog osobnog razloga, a prvenstveno sa željom da umanjí patnju koju osjeća, dok je kod suicidalnog konkretna namjera da se osoba dovede do smrti (Nock, 2013.)

Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSI) se razlikuje od ponašanja koja uključuju slučajno ili neizravno samoozljeđivanje (npr. ograničenje hrane, uporaba droga) ili koja su društveno prihvaćena (npr. tetoviranje, vjerski zahvati). Joiner (2005.) u svome radu navodi kako je ključna razlika između nesuicidalnog i suicidalnog samoozljeđivanja *želja i kapacitet* za samoubojstvom koju pojedinac posjeduje.

Nadalje, što se tiče razlika između pojedinaca koji su uključeni u NSSI i onih uključenih u pokušaj samoubojstva, interpersonalna teorija samoubojstva tvrdi da prisutnost suicidalne želje i stečene sposobnosti za samoubojstvo (tj. neustrašivost u pogledu smrti) dovodi do suicidalnog ponašanja. Stoga bi ključni čimbenici razlikovanja između pojedinaca koji su uključeni samo u NSSI i onih koji pokušaju samoubojstvo trebala biti kombinacija suicidalne želje i sposobnosti za samoubojstvo (Joiner, 2005.).

Klonsky (2011., prema Rezo Bagarić, Sušac i Rajhvajn Bulat 2023.) navodi kako je odnos samoozljeđivanja, suicidalnih misli i suicidalnosti višeznačan. Iako samoozljeđivanje samo po sebi ne uključuje nužno suicidalnu namjeru nego ima cilj smanjenja psihološke boli i patnje, istraživanja pokazuju da su i suicidalno i nesuicidalno samoozljeđivanje jaki prediktori suicidalnih misli.

Joiner (2005.) navodi kako u kontekstu NSSI-a i pokušaja samoubojstva, pojedinci koji sudjeluju u pokušaju samoubojstva pokazuju određeni skup karakteristika koje su i potrebne i dovoljne za razlikovanje ove dvije skupine. Na primjer, sve osobe s pokušajem samoubojstva mogu imati sljedeće karakteristike: prisutnost suicidalnih planova, suicidalnu želju, suicidalnu namjeru, stečenu sposobnost za samoubojstvo, nedostatak razloga za život, usamljenost, beznade, pristup sredstvima i nedavne stresore.

Unatoč različitim namjerama povezanim s NSSI i samoubilačkim mislima i ponašanjima, važno je napomenuti da dijele zajedničke čimbenike rizika. To uključuje, ali nije ograničeno na (Whitlock i sur., 2015.): povijest traume, zlostavljanja ili kroničnog stresa, visoku emocionalnu percepciju i osjetljivost, nekoliko učinkovitih mehanizama za suočavanje s emocionalnim stresom, osjećaj izoliranosti, povijest zlouporabe alkohola ili droga, prisutnost depresije ili tjeskobe, osjećaj bezvrijednosti i beznada.

3.3. Učestalost samoozljeđivanja

Samoozljeđivanje je opasno ponašanje i pojavljuje se učestalo kod adolescenata i mladih. Klonsky (2011., prema Rezo Bagarić, Sušac i Rajhvajn Bulat 2023.) procjenjuje kako je životna prevalencija samoozljeđivanja kod adolescenata 8 – 47 %. Geulayov (2016., prema Sušac i Rajhvajn Bulat 2023.) navodi kako je samoozljeđivanje češće kod djevojčica. Rezo Bagarić, Sušac i Rajhvajn Bulat (2023.) uspoređivale su pojavnost samoozljeđivanja i suicidalnih misli na uzorku zagrebačkih srednjoškolaca 2016. i 2021. godine te su istraživale prediktore samoozljeđivanja i suicidalnih misli kod zagrebačkih srednjoškolaca. Rezultati ovog istraživanja su ukazali na dvostruko veću pojavnost samoozljeđivanja kod zagrebačkih srednjoškolaca u usporedbi 2016. (17%) i 2021. godine (29,1%). Djevojke iskazuju otprilike dvostruko više samoozljeđivanja (2021. 38,2%) i suicidalnih misli (34,2%) od mladića (2021. 19,9% samoozljeđivanja i 15,8% suicidalnih misli).

Ako se sagleda prevalencija pokušaja samoubojstva, procjenjuje se da su stope tijekom života 2-4%, a taj broj može biti i veći kod onih pojedinaca koji su uspjeli zataškati pokušaj samoubojstva (Nock, 2006.). S obzirom na to da NSSI značajno povećava rizik od budućeg pokušaja samoubojstva i da je pokušaj samoubojstva povezan s lošijim tijekom liječenja i povećanim rizikom od smrtnosti, važno je razumjeti zašto neki pojedinci ostaju na NSSI-u, dok se drugi ipak upuštaju u suicidalni pokušaj.

Young i suradnici (2014.) opisuju kako su određene subpopulacije adolescenata izložene većem riziku od samoozljeđivanja. Na primjer, homoseksualni, biseksualni, lezbijski ili transrodni (GBLT) mladi imaju približno 2-4 puta veću vjerojatnost samoozljeđivanja, nego ne-GBLT mladi. Etničke manjine (prvenstveno žene) su u sličnoj opasnosti, kao i tinejdžeri koji se identificiraju sa subkulturama mladih (na primjer Gotičari i Emo). Iako su manjinske skupine često izložene dodatnim čimbenicima rizika za samoozljeđivanje, kao što su zlostavljanje od strane vršnjaka ili nizak socioekonomski status, povišena stopa samoozljeđivanja često se pripisuje "manjinskom stresu" kao posljedici stigmatizacije od strane okoline.

Istraživanjem koje su proveli Rajhvajn Bulat, Sušac i Ajduković (2023.) testirane su pojedinačne varijable (osobnost, domene samopoimanja i nepovoljna iskustva iz djetinjstva) i njihova povezanost sa samoozljeđivanjem i suicidalnim mislima kod hrvatskih adolescenata. U ovom longitudinalnom istraživanju, od 1101 15-godišnjaka iz početnog uzorka, 15,5% se barem jednom namjerno ozlijedilo bez želje da počini samoubojstvo, a 19,8% je imalo suicidalne misli, dok je 32,6% od njih imalo i NSSI i suicidalne misli. Rezultati su pokazali da je 39,4% adolescenata imalo ponavljajući NSSI tijekom trogodišnjeg razdoblja, a 50% imalo je ponavljajući suicidalne misli.

3.4. Implikacije i učinci samoozljeđivanja

Walsh (2012.) identificira različite fizičke i psihičke učinke samoozljeđivanja. Dok fizički učinci samoozljeđivanja mogu biti očiti, psihički učinci samoozljeđivanja mogu se teže prepoznati. Iako se samoozljeđivanje ne smatra suicidalnim činom, konačni učinci samoozljeđivanja kreću se od beznačajnih iritacija, preko teških ozljeda pa sve do nenamjerne smrti. Zbog ovakvog spektra posljedica od velike je važnosti da oni koji se samoozlijede potraže pomoć stručnjaka za psihičko zdravlje radi liječenja i prevencije. Dugoročni učinci samoozljeđivanja ovise o načinima na koje osoba ozljeđuje samu sebe, prisutnosti upotrebe alkohola ili droga i drugih pratećih poremećaja duševnog zdravlja koji mogu dodatno pogoršati stanje. Prema Walshu (2012.) neke od najčešćih posljedica neliječenog samoozljeđivanja uključuju: slomljene kosti, socijalnu izolaciju i loše međuljudske odnose, sve veći osjećaj srama, gađenja i krivnje, loše samopouzdanje i lošu sliku o sebi, trajne ožiljke, ozlijeđene tetive, živce, krvni sudove i mišiće, trajna slabost ili obamrlost u određenim dijelovima tijela, gubitak ekstremiteta, oštećenje i/ili zatajenje više organa, infekcije na mjestu samoozljeđivanja, septikemiju, suicidalne misli i ponašanja, slučajnu, nenamjernu smrt.

4. Čimbenici samoozljeđujućeg ponašanja

U ovom se poglavlju govori o rizičnim čimbenicima samoozljeđivanja te o zaštitnim čimbenicima samoozljeđujućeg ponašanja.

4.1. Rizični čimbenici samoozljeđivanja

Većina empirijskih istraživanja o samoozljeđivanju usredotočena je na čimbenike rizika za ovo ponašanje, najčešće ispitujući iskustva iz djetinjstva povezana s rizikom od samoozljeđivanja u odrasloj dobi. Literatura o razvoju samoozljeđivanja navodi da su iskustva iz djetinjstva koja se odvijaju u kontekstu obitelji najvjerojatnije povezana sa samoozljeđivanjem, bilo u obliku disfunkcionalne obiteljske pozadine, iskustva incesta oca i kćeri, zlostavljanja u kontekstu patoloških obiteljskih odnosa ili u obliku nekih interakcija traume iz djetinjstva, zanemarivanja i nesigurne privrženosti (Gratz, 2003.).

Seksualno zlostavljanje u djetinjstvu dobilo je najviše pozornosti od strane istraživača koji istražuju čimbenike rizika za samoozljeđivanje te prevladavaju dokazi koji sugeriraju da postoji odnos između seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu i samoozljeđivanja u odrasloj dobi (Gratz, 2003.). Ne samo da je seksualno zlostavljanje značajno povezano sa samoozljeđivanjem, nego je i bitno jače povezano s ovim ponašanjem, nego drugi oblici traume iz djetinjstva (tj. fizičko zlostavljanje i svjedočenje nasilju u obitelji). Barker (2008.) je u svojoj knjizi također potvrdio kako se osobe koje su proživjele seksualno zlostavljanje, češće odlučuju početi samoozljeđivati za razliku od osoba koje su iskusile druge oblike zlostavljanja i nasilja. Uzrok tome može ležati u izrazito traumatskoj prirodi seksualnog zlostavljanja (osobito ako je riječ o zlostavljaču iz obiteljskog srodstva) te želje da žrtva kroz nanošenje sebi boli potisne traumatska iskustva koja je proživjela.

Ako se promatra značaj fizičkog zlostavljanja, dokazano je kako su fizički zlostavljana djeca također više sklona autodestruktivnom ponašanju (uključujući namjerno samoozljeđivanje) od fizički zanemarene djece ili djece bez povijesti

fizičkog zlostavljanja. Gratz i sur. (2002.) utvrdili su značajan odnos između fizičkog zlostavljanja i samoozljeđivanja među studenticama. Što se tiče jedinstvene povezanosti između fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu i samoozljeđivanja (kada se kontrolira utjecaj drugih potencijalnih čimbenika rizika), rezultati Gratz i sur. (2002.) sugeriraju da ovaj odnos može biti određen spolom ako se uzme u obzir povećana senzibilnost ženskog spola. Sve navedeno upućuje na činjenicu da fizičko zlostavljanje u djetinjstvu može biti faktor rizika za kasnije samoozljeđivanje.

Odvajanje od roditelja ili gubitak roditelja u djetinjstvu može, također, biti prediktor samoozljeđivanja u odrasloj dobi. Odnos između roditelja i djeteta, odnosno privrženost između roditelja i djeteta, isto tako, utječe na ponašanje djeteta u odrasloj dobi. Nesigurna privrženost može utjecati na sklonost samoozljeđivanju u odrasloj dobi (Gratz i sur. 2002.).

Linehan (1993.) naglašava ulogu određenih individualnih čimbenika koji mogu povećati rizik za samoozljeđivanje. Biološka ranjivost pojedinca pridonosi neadekvatnoj regulaciji emocija (disregulaciji) koja je u osnovi samoozljeđivanja. Specifična biološka ranjivost je emocionalna ranjivost u obliku emocionalne reaktivnosti (tj. visoke osjetljivosti na emocionalne podražaje) i emocionalnog intenziteta (tj. sklonosti ekstremnim reakcijama). Također je važno napomenuti da ova biološki utemeljena emocionalna ranjivost može proizaći iz raznih utjecaja (uključujući, ali ne ograničavajući se na genetske utjecaje, urođene zdravstvene probleme ili iskustva iz ranog djetinjstva) koji utječu na razvoj mozga i središnjeg živčanog sustava.

Ercegović i suradnici (2018.) ispitivali su klinička obilježja hospitaliziranih adolescenata s NSSI te istraživali razlike u razvoju identiteta između pacijenata adolescentne dobi s NSSI i opće (školske) populacije. U svom istraživanju navode kako je samoozljeđivanje kod adolescenata povezano s visokim psihijatrijskim komorbiditetom, osobito s poremećajima raspoloženja, graničnim poremećajem ličnosti, anksioznim poremećajima, posttraumatskim stresnim poremećajem i poremećajima uzimanja psihoaktivnih tvari. Empirijski dokazi upućuju da je funkcioniranje ličnosti važna psihopatološka dimenzija povezana s nesuicidalnim samoozljeđivanjem (Ercegović i sur., 2018.).

Nadalje, bilo bi korisno spomenuti još neke okolišne čimbenike koji mogu imati utjecaja na autodestruktivno ponašanje adolescenata. Nock (2014.) u svojoj knjizi spominje dva okolišna čimbenika koji mogu utjecati na samoozljeđivanje, a to su: izloženost samoozljeđujućem ponašanju te stresni životni događaji.

Ako se promatra izloženost samoozljeđujućem ponašanju, ovaj pojam bi se mogao povezati sa modelom socijalnog učenja tako što promatranje samoozljeđujućeg ponašanja (kroz internet, filmove ili neposredno promatranje vršnjaka koji se samoozljeđuju itd.) može i kod samog pojedinca inicirati takvo ponašanje i primjenjivanje na sebi. Također, što se tiče drugog čimbenika, odnosno stresnih životnih događaja, Nock (2014.) navodi kako osobe koje su u svom životu proživjele značajna traumatska iskustva poput teške bolesti, izloženosti nasilju, siromaštva, teške ozljede i slična neugodna iskustva iskazuju značajniji rizik od samoozljeđivanja i pokušaja ubojstva od osoba koje nisu prošle kroz nešto slično. Taj rizik se posebno povećava ukoliko je prisutno tri ili više traumatskih čimbenika.

4.2. Zaštitni čimbenici samoozljeđivanja

Samosuosjećanje je zaštitni faktor kod suicidalnih ideja adolescenata. Nekoliko je studija identificiralo zaštitni odnos između samosuosjećanja, depresije i psihološkog stresa (Pullmer i sur., 2019.). *Samosuosjećanje* se definira kao bezuvjetno prihvaćanje i razumijevanje nesavršenog sebe. Smatra se da ljudi sa suosjećanjem prema sebi vjeruju da su prihvaćeni i vrijedni, čak i kada doživljavaju intenzivnu psihološku bol i razmišljaju o samoozljeđivanju. Stoga strategije prevencije suicida mogu uključivati suosjećanje i empatiju kao ključne komponente svih školskih aktivnosti socijalno-emocionalnog učenja koje imaju za cilj poboljšati emocionalnu regulaciju djece i adolescenata, ponašanje pri suočavanju i sposobnosti rješavanja problema.

Vjerovanje u promjenu neugodnih emocija povezano je s približno 30% nižom vjerojatnošću suicidalnih ideja i pokušaja suicida među adolescentima. Razmišljanje o rastu može ne samo smanjiti brigu o simptomima uzrokovanim čimbenicima rizika, već i povećati pozitivne strategije suočavanja i osjećaj kontrole nad vlastitim

emocijama (Kneeland i sur., 2016.) te može smanjiti rizik od suicidalnosti među onima koji pate od simptoma depresije. Način razmišljanja o rastu je faktor koji može pomoći adolescentima da se lakše nose sa snažnim i intenzivnim emocijama puberteta i odrastanja, što može smanjiti suicidalne ideje i pokušaje. Kako je vjera u promjenu neugodnih emocija zaštitni čimbenik za suicidalnost djece i mladih, mogla bi se uključiti u psihoedukativni tečaj za učenike osnovnih i srednjih škola kako bi se poboljšalo njihovo razumijevanje emocija i njihova sposobnost da ih promijene.

Osim toga, pokazalo se da je samokontrola zaštitni čimbenik protiv pokušaja suicida kod adolescenata. Samokontrola se odnosi na sposobnost pojedinca da se odupre, promjeni ili nadjača podražaje, emocije, vanjska iskušenja i unutarnje želje koje ometaju postizanje dugoročnih ciljeva. Niska samokontrola razvija se u primarnim fazama života i može rezultirati nedovoljnom ili neučinkovitom socijalizacijom u kasnijim fazama, što također povećava vjerojatnost budućeg delinkventnog ali i suicidalnog ponašanja (Moffitt i sur., 2013.). Visoka samokontrola može pomoći u sprječavanju destruktivnih želja, čime se smanjuje vjerojatnost samoozljeđivanja. Osim toga, utvrđeno je da samokontrola neizravno pridonosi kasnijem smanjenju usamljenosti kroz sklonost druženja s vršnjacima.

Konačno, utvrđeno je da je zadovoljstvo životom zaštitni čimbenik protiv suicidalnosti adolescenata, ali ne i za mlađu djecu. Negativan odnos između zadovoljstva životom i suicidalnosti dokumentiran je među adolescentima. Štoviše, studija je utvrdila da povećano zadovoljstvo životom može poboljšati nečiju sposobnost nošenja sa stresom i nezadovoljstvom tijekom vremena (Koivumaa-Honkanen i sur., 2001.).

5. Psihološke intervencije i tretmani kod samoozljeđivanja

Kod samoozljeđivanja vrlo važnu ulogu imaju psihološke intervencije i psihološki tretmani. U ovom se poglavlju govori o traženju pomoći, intervencijama i tretmanima te o prevenciji suicidalnog ponašanja.

5.1. Traženje pomoći

Svjetska zdravstvena organizacija traženje pomoći kod adolescenata definira kao svaku radnju ili aktivnost koju provodi adolescent koji smatra da treba osobnu, psihološku ili afektivnu pomoć te zdravstvenu ili socijalnu pomoć, sa svrhom zadovoljavanja pojedine potrebe na pozitivan način. To uključuje traženje pomoći od formalnih službi – na primjer, kliničkih službi, savjetnika, psihologa, medicinskog osoblja, tradicionalnih iscjelitelja, vjerskih vođa ili programa za mlade – kao i neformalnih izvora, što uključuje grupe vršnjaka i prijatelje, članove obitelji ili rodbinske grupe i/ili druge odrasle osobe u zajednici (Barker, 2008.).

Prvi korak kod samoozljeđivanja uključuje traženje pomoći. Osobi koja se namjerno ozlijedila, prije svega je bitno zatražiti pomoć, odnosno reći nekome od povjerenja s čime se suočava. Osim traženja pomoći na način da se povjerava osobi od povjerenja, osoba koja je sama sebe ozljeđivala može pomoć potražiti i kroz javne zdravstvene institucije ili druge mehanizme pomoći u društvu, primjerice, anonimne telefone namijenjene mladima i njihovim roditeljima za podršku u kontekstu problema s kojima se oni suočavaju.

Način i mjesta gdje osobe koje imaju problem sa samoozljeđivanjem traže pomoć, tj. kome se obraćaju zbog ovih aktivnosti relativno je malo istraženo. Istraživanja ukazuju na to da osobe koje se namjerno ozljeđuju često od svojih prijatelja i obitelji za traže pomoć, odnosno da njima prvima povjeravaju što su napravile i time im indirektno ukazuju na problem s kojim se suočavaju i poteškoće koje bi trebalo rješavati (Evans, Hawton i Rodham, 2005.).

Oldershaw i suradnici (2008.) u svom radu naglašavaju kako se roditelji i obitelj često bore s prihvaćanjem činjenice da se njihovo dijete samoozljeđuje odnosno ne mogu shvatiti zašto je do toga i u čemu su pogriješili. Autori dalje navode kako roditelji često ne znaju kako ispravno postupiti, što vodi do loše komunikacije s djetetom, promijenjenog ponašanja roditelja prema djetetu, povećanog roditeljskog tereta koji rezultira ograničenim osobnim i društvenim životom.

Skegg (2005.) u svome radu navodi kako se samoozljeđivanje ne treba promatrati kao bolest, već kao ponašanje koje je potrebno promijeniti i otkriti njegove uzroke. Na taj način bi roditelji i druge bliske osobe trebale pristupiti osobi koja se samoozljeđuje. Prije svega, bilo bi dobro da roditelji svom djetetu pristupe kao mladoj osobi kojoj je potreban iskren i otvoren razgovor, a ne kao nekome kome je hitno potrebno liječenje. Okolina osobe koja se ozljeđuje prije svega treba pokazati podršku i razumijevanje, a ne osuđivanje i nepovjerenje. Upravo takav pristup je ključan preduvjet da mlada osoba potraži stručnu pomoć i prekine autodestruktivno ponašanje nanošenja sebi boli.

5.2. Intervencije i tretmani

Rane intervencije i programi prevencije mogu smanjiti broj ozbiljnih tjelesnih ozljeda i trauma koje su posljedica samoozljeđivanja i smanjiti rizik od budućeg samoubojstva kod mladih ljudi (Aseltine i sur., 2007.). S obzirom na složenost čimbenika povezanih sa samoozljeđivanjem, danas se razmatra niz različitih intervencija (psiholoških i farmakoloških). Najčešći oblik liječenja je psihoterapija temeljena na kognitivno bihevioralnoj terapiji. Ovaj oblik terapije pomaže ljudima identificirati i kritički procijeniti načine na koje tumače i procjenjuju uznemirujuća emocionalna iskustva i događaje, a cilj joj je pomoći im da razviju učinkovitije načine suočavanja sa svojim problemima. Osnovna pretpostavka ove metode je da su sva ponašanja naučena, a najčešće korištene bihevioralne tehnike su sustavna desenzibilizacija, skretanje pažnje, pozitivno potkrepljenje, modeliranje, averzivna terapija, neurobiofeedback. Ostali često ispitivani oblici psihoterapije uključuju:

dijalektičku bihevioralnu terapiju, terapiju temeljenu na mentalizaciji i intervencije kontakta na daljinu (Šimić, 2021.).

Dijalektično-bihevioralna terapija pokazala se poprilično učinkovita kod pacijenata, a temelji se na teoriji disocijalnih disregulacija emocija. Ona se bavi disregulacijom emocija u slučaju graničnih poremećaja osobnosti koja najčešće nastaje kao posljedica opetovanih prijenosa tijekom dječjeg razvoja između ranjivosti same biološke prirode djeteta i obeshrabrujuće okoline. Budući da je problem opetovanog samoozljeđivanja čest u ljudi s dijagnosticiranim graničnim poremećajima osobnosti, ova metoda postala je sve više korištena u sprečavanju samoozljeđivanja i liječenju komorbiditetnih bolesti povezanih s njime. Ona se bazira na intervencijama koje potiču promjene kao što su mijenjanje nošenja sa nepredvidljivim situacijama, kognitivno restrukturiranje i intervencije s naglaskom na prihvaćanje uključujući vježbanje pažljivosti (Šimić, 2021.)

Lijekovi nisu uobičajeni za liječenje samoozljeđujućeg ponašanja, a ukoliko se koriste, najčešći su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) kod kojih treba biti oprezan jer je moguće i pogoršanje simptoma (Šimić, 2021.). Često se pojedincima dijagnosticira zlouporaba supstanci jer je uobičajeno da pojedinci koriste droge i/ili alkohol kako bi prikrili svoje neugodne emocije. Ovisno o specifičnoj supstanci zlouporabe, lijekovi se mogu koristiti za sprječavanje ili ublažavanje simptoma supstanci. Istodobni poremećaji poput zlouporabe supstanci ili depresije trebaju se liječiti i farmakoterapijom kako bi se pozitivno djelovalo i na smanjenje samoozljeđivanja.

Ougrin (2015.) u svome radu također osim prethodno spomenute dijalektičko bihevioralne terapije, spominje noviju metodu pomoći kod samoozljeđivanja adolescenata i mladih, a to je kućna obiteljska terapija koju najčešće provode socijalni radnici u obiteljskim kućama mladih s problemom samoozljeđivanja. Ovaj oblik terapije temelji se na zajedničkom rješavanju problema djeteta i njegove obitelji. Socijalni radnik u radu s njima potiče aktivne metode suradnje, slušanja, empatije i međusobnog razumijevanja.

Iako se u literaturi kao preventivni pristupi većinom spominju individualizirani pristupi usmjereni na rad s pojedincem, Green i suradnici (2011.) spominju kako

oblik grupne terapije također može biti jednako učinkovita metoda za suzbijanje samoozljeđujućeg ponašanja među mladima. Ipak ovakav oblik terapije nije jednostavan već terapeuti koji rade s ovom populacijom moraju pažljivo prilagoditi grupu obilježjima i potrebama svakog člana grupe. Važno obilježje grupe je povjerenje i otvorenost jednih prema drugima kako bi se svatko osjećao slobodno iznijeti ono što ga tišti i o čemu želi razgovarati. Bitno obilježje grupnog pristupa je da svaki sudionik može napustiti grupu onda kada se osjeća spremnim i kada sam to odluči.

Postoje i druge brojne tehnike koje se koriste u radu s ovom skupinom mladih, a većina stručnjaka se slaže kako treba razviti nove učinkovite metode i posebno poticati i osvježavati okolinu mladih osoba na prepoznavanje i borbu protiv ovog problema (Aseltine i sur., 2007.).

5.3. Prevencija samoozljeđujućeg ponašanja

Nacionalni programi za prevenciju samoozljeđujućeg ponašanja moraju se odnositi na sve razine društva, uključujući, zakonodavstvo, javno mnijenje i stavove, sustav zdravstvene skrbi, ali i same osobe pogođene psihičkim poremećajima. Intervencije trebaju imati za cilj pozitivno djelovanje na razloge koji uzrokuju suicidalno ponašanje (npr. smanjenje beznađa i očaja unutar depresivne epizode), ali također mogu ciljati na druge čimbenike koji utječu na broj i smrtnost suicidalnih ponašanja, kao što je smanjenje pristupa smrtonosnim metodama ili nepovoljno medijsko izvještavanje (npr. zabrana izvještavanja medija o počinjenim slučajevima suicida) (World Health Organization, 2014.).

Hawton, Saunders i O'Connor (2012.) u svome radu navode ključne smjernice za uspješnu prevenciju samoozljeđivanja. Njihove smjernice obuhvaćaju tri razine kroz koje treba pristupiti ovom problemu, a to su razumijevanje samoozljeđivanja, intervencija te prevencija. Razumijevanje obuhvaća: poboljšanje predviđanja rizika od samoubojstva kod adolescenata, razvijanje boljeg razumijevanja značaja samoozljeđivanja za pojedinca i kako se to odnosi na kliničko liječenje, daljnja identifikacija podtipova osoba koje se samoozljeđuju, prilagođavanje tretmana u

skladu s tim, bolje razumijevanje čimbenika povezanih s prestankom samoozljeđivanja adolescenata i drugi. Druga razina, intervencija odnosi se na: razvoj inovativnih intervencija i strategija koje smanjuju stigmu, promiču traženje pomoći adolescenata i poboljšavaju smisleno sudjelovanje u zdravstvenim uslugama, poboljšanje pristupa kvalitetnoj zaštiti mentalnog zdravlja, posebno u zemljama s niskim i srednjim prihodima te kvalitetnijom skrbi za ranjive mlade ljude dok prelaze s usluga za djecu ili adolescente na usluge za odrasle. Posljednja razina, odnosno prevencija odnosi se na: zaštitu od utjecaja globalnih izazova (npr. ekonomske krize) na mentalno zdravlje adolescenata, rješavanje stigme mentalnih bolesti i problema mentalnog zdravlja, korištenje novih medija za promicanje mentalnog zdravlja i zaštitu mladih od štetnih učinaka (npr. web stranice za samoubojstva).

Prevenicijske strategije za suzbijanje čimbenika rizika od suicidalnog ponašanja mogu se grupirati na tri razine. Univerzalne strategije prevencije osmišljene su tako da dopru do cijele populacije. Ove strategije promiču pristup zdravstvenoj skrbi, potiču pristupe prevenciji problema psihičkog zdravlja (kao što je smanjenje štetne upotrebe alkohola), ograničavaju pristup načinima suicidalnog ponašanja i promiču odgovorno izvještavanje medija. Selektivne strategije prevencije usmjerene su na ranjive skupine koje su u većem riziku od suicidalnog ponašanja, nego opća populacija, kao što su ljudi koji su pretrpjeli traumu ili zlostavljanje, žrtve rata ili katastrofe, izbjeglice i migranti te obitelji osoba koje su počinile suicid. Te aktivnosti provode, na primjer, "čuvari vrata" obučeni za pružanje podrške i usluga kao što su telefonske linije za pomoć. Naposljetku, naznačene strategije prevencije usmjerene su posebno na pojedince s određenim ranjivostima, osobe koje su otpuštene iz psihijatrijskih ustanova ili su pokušale izvršiti suicid (World Health Organization, 2014.).

Intervencijske aktivnosti variraju i uključuju praćenje od strane općih zdravstvenih radnika ili specijalista ili bolju identifikaciju i upravljanje psihičkim poremećajima ili poremećajima ovisnosti. Također se može primijeniti primarna prevencija koja pojačava zaštitne čimbenike kao što su bliski osobni odnosi, osobni sustavi uvjerenja i strategije za suočavanje sa stresnim situacijama (World Health Organization, 2014.).

Strateško djelovanje podrazumijeva (World Health Organization, 2014.): angažiranje odgovarajućih izravnih dionika i aktera koji mogu raditi unutar svojih sektora ili među sektorima kako bi smanjili stope suicida, ulaganje napora da se smanji pristup sredstvima za dovršenje suicida, poboljšanje sustavnog prikupljanja podataka o nadzoru radi razumijevanja trendova suicida, praćenje učinaka preventivnih napora tijekom vremena, poduzimanje napora za razotkrivanje mitova i podizanje svijesti da je suicidalno ponašanje javnozdravstveni problem koji se može spriječiti, mobilizacija i unapređenje zdravstvenog sustava.

6. Uloga obitelji i prijatelja kod prevencije samoozljeđivanja

Prevencija samoozljeđivanja ključna je na nacionalnoj i društvenoj razini. Međutim, ona zahtjeva i prevenciju u konkretnim socijalnim odnosima koje pojedinac realizira unutar zajednice u kojoj živi, odnosno u zajednici najbliže obitelji i prijatelja.

6.1. Podrška obitelji

Obitelj je primarna zajednica na koju se u većini slučajeva osoba oslanja i njezina osnovna uloga je iskazivanje podrške i ljubavi svojim članovima u svim životnim okolnostima, a posebno u onima koje uključuju probleme ili nepoželjna ponašanja. Obiteljska podrška ima izrazito važnu ulogu u prevenciji samoozljeđivanja, ali i u situacijama dok ono traje. Iako je samoozljeđivanje težak period kroz koji prolazi ne samo pojedinac koji to čini, već cijela obitelj, važno je da obitelj ne odustaje od pružanja pomoći, već da bude uz osobu koja se samoozljeđuje te da joj pomogne riješiti navedeni problem (Whitlock i Lloyd-Richardson, 2019.). Obitelj bi prije svega trebala poticati mladu osobu koja se samoozljeđuje na razgovor, pokazati strpljenje i spremnost na slušanje. Iako su članovi obitelji nerijetko šokirani i u

nevjerici, potrebno je takve osjećaje kontrolirati dok razgovaraju sa svojim djetetom i pokazati neosuđujući pristup kroz empatiju i prihvaćanje. Jedino kroz takav blagi i empatični pristup osoba se lakše otvara i pristaje na razgovor.

Oldershaw i suradnici (2008.) u istraživanju provedenom s roditeljima djece koja su se samoozljeđivala, opisali su kako većina roditelja smatra kako su obiteljska i roditeljska podrška najvažniji elementi u traženju pomoći i tretmanu samoozljeđivanja. Roditelji su također smatrali kako je često i njima samima potrebna podrška kako bi se bolje nosili s onim kroz što njihovo dijete prolazi jer je autodestruktivno ponašanje djeteta težak udarac na roditelje koji se nerijetko pitaju što su krivo učinili.

Iako bi obitelji trebale biti prve koje će uočiti i intervenirati u situacijama kada se njihovo dijete samoozljeđuje te zajedno s njime potražiti pomoć, neke obitelji nisu uvijek svjesne, niti imaju kapacitet odgovoriti na suicidalno ponašanje svoje djece. Takav nedostatak kapaciteta osobito je vidljiv u obiteljima s niskom razinom socijalne podrške te u tim situacijama stručnjaci (psihijatri, psiholozi i drugi) imaju najvažniju ulogu u prevenciji. U takvim situacijama stručnjaci prije svega interveniraju u sprječavanju samoozljeđivanja kod adolescenata, ali i pomažu obitelji adolescenta stvoriti osobne snage i znanja kako bi svom djetetu bili najbolja moguća pomoć i podrška (Fortune, Cottrell i Fife, 2016.).

Naposljetku, Oldershaw i suradnici (2008.) u rezultatima svog istraživanja opisali su kako se većina roditelja slaže da iako je samoozljeđivanje težak teret i bolna točka za cijelu obitelj, na kraju je ono rezultiralo nekim pozitivnim promjenama u obiteljskom životu, odnosno jačanjem odnosa roditelj-dijete.

6.2. Vršnjačka podrška

Osim obiteljske podrške, svakom pojedincu je važna i podrška prijatelja. Vršnjačka podrška i potpora bitno određuje osjećaje svakog pojedinca, njegovo ostvarivanje kao osobe te njegovo funkcioniranje u svakodnevicu, što je posebno značajno za mlade odrasle osobe koje stvaraju svoj identitet i prolaze kroz mnoge krize koje

odrastanje donosi. Adolescenti i mlade odrasle osobe često se više povezuju i poistovjećuju s prijateljima i vršnjacima nego s članovima vlastite obitelji, što se može lako razumjeti budući da ipak prolaze kroz slična životna iskustva odrastanja (školovanje, zajedničke aktivnosti, traženje vlastitog identiteta i dr).

Wadman i suradnici (2018.) u svome istraživanju s adolescentima koji su se samoozljeđivali navode kako ispitanici smatraju da su im prijatelji bili važan izvor podrške u periodu kada su sami sebi nanosili bol, u smislu da su imali nekoga s kime su mogli razgovarati i nekoga tko je mogao doprijeti do njih i potaknuti ih da ne posegnu za samoozljeđivanjem kao opcijom. Također, spomenuli su kako im je veliku važnost predstavljala međusobna podrška s drugim bliskim vršnjacima koji su se nalazili u istoj situaciji te prolazili kroz iste osjećaje i boli kao i oni. Takvi vršnjaci su više od drugih (koji se ne samoozljeđuju) mogli razumjeti njihove motive, strahove, neugodne osjećaje i značaj samoozljeđivanja. Međutim, navode kako iskustva s prijateljima nisu uvijek bila pozitivna (neki nisu znali što bi rekli ili učinili), a u nekim situacijama kada su im se povjerali da se samoozljeđuju, neki od prijatelja su ih omalovažavali i pokazali nerazumijevanje.

Ipak, ne smije se izostaviti važnost koju podržavajući prijatelji i vršnjaci mogu imati u prevenciji i otkrivanju samoozljeđivanja kod mladih. Oni najčešće prvi mogu reagirati tako da zamijete promjene kod svojih prijatelja, pokažu spremnost na razgovor, potaknu ih na traženje pomoći ili pak obavijeste školsku stručnu službu (nastavnika, psihologa i druge). Bitno je već u osnovnoj školi provoditi programe osvještavanja prevencije samoozljeđivanja te usmjeravati učenike kako da pristupe svom prijatelju/prijateljici koji se samoozljeđuje i kome da se obrate ako netko blizak njima ili pak sami sebi nanose bol.

7. Zaključak

Kod adolescenata često dolazi do destruktivnog ponašanja među koje se uvrštava i samoozljeđivanje. Samoozljeđivanje može uključivati nanošenje ozljeda vlastitom tijelu s namjerom ili bez namjere za suicidalnim ishodom. Ono može biti potaknuto različitim okolišnim ili vanjskim čimbenicima, ali i unutrašnjim čimbenicima. Među okolišnim čimbenicima su ključni obiteljski odnosi, pogotovo odnos s roditeljima od djetinjstva nadalje. Također, važan čimbenik su i vlastita osobna stanja, odnosno osobe sklone depresiji, ovisnici, osjetljivije osobe su sklonije samoozljeđivanju u odnosu na osobe koje nisu u ovim skupinama.

Samoozljeđivanje može biti ozbiljan problem u svakom modernom društvu jer može utjecati na razvoj mladih osoba, ali i na stav ljudi prema ovom obliku nanošenja štete vlastitom tijelu. Iz tog je razloga važno ovom problem kvalitetno pristupiti na svim društvenim razinama i kroz djelovanje društva u preventivnom smislu. Važno je na vrijeme upoznati roditelje djece i adolescenta s ovim problemom te ih usmjeriti kako je najbolje postupiti u situaciji samoozljeđivanja kod svog djeteta. Također, treba raditi i na većoj osviještenosti i znanju školskog osoblja (profesora, psihologa, pedagoga, socijalnih radnika) kako bi na vrijeme prepoznali ovaj problem kod učenika i djelovali na njegovo rješavanje.

Zaključno, važnu ulogu u problemu samoozljeđivanja ima obitelj osobe koja nanosi ozljede vlastitom tijelu. Od obitelji se očekuje da bude podrška osobi koja se ranjava. Isto se očekuje i od prijatelja. Vršnjačka i obiteljska podrška mogu potaknuti pojedinca na promjenu i na traženje pomoći te posljedično dovesti do sprječavanja negativnih posljedica samoozljeđivanja, uključujući i suicid.

Literatura

1. American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
2. Arkins, B., Tyrrell, M., Herlihy, E., Crowley, B., & Lynch, R. (2013). Assessing the reasons for deliberate self-harm in young people: Brigid Arkins and colleagues describe the risk factors common to individuals who attended an emergency department in Ireland. *Mental Health Practice, 16*(7), 28–32.
3. Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*(8), 772–781.
4. Aseeltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOSsuicide prevention program: a replication and extension. *BMC public health, 7*(1), 1-7.
5. Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
6. Barker P. (2008). *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring*. London: Hodder Arnold.
7. Bjärehed, J. (2012). *Characteristics of self-injury in young adolescents: Findings from cross-sectional and longitudinal studies in Swedish schools*. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Lund University.
8. Bryan, C. J., Rudd, M. D., Wertenberger, E., Young-McCaughon, S., & Peterson, A. (2015). Nonsuicidal self-injury as a prospective predictor of suicide attempts in a clinical sample of military personnel. *Comprehensive psychiatry, 59*, 1-7.
9. Compass Fostering, Types of self harm on suicidal self-injury, <https://www.compassfostering.com/types-of-self-harm/>. Pristupljeno 5. kolovoza 2023.

10. Ercegović, N., Paradžik, L., Boričević Maršanić, V., & Marčinko, D. (2018). Nesuicidalno samoozljeđivanje i razvoj identiteta kod adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 46(4), 457-470.
11. Evans E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies?. *Journal of adolescence*, 28(4), 573-587.
12. Fortune, S., Cottrell, D., & Fife, S. (2016). Family factors associated with adolescent self-harm: A narrative review. *Journal of Family Therapy*, 38(2), 226-256.
13. Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. London: W.W. Norton.
14. Geulayov, G., Kapur, N., Turnbull, P., Clements, C., Waters, K., Ness, J., ... & Hawton, K. (2016). Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England, 2000–2012: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *BMJ open*, 6(4), e010538.
15. Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192.
16. Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., ... & Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *Bmj*, 342.
17. International Society for the Study of Self-Injury (ISS). (2018). What is self-injury? <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>. Pristupljeno 5. kolovoza 2023.
18. International Society for the Study of Self Injury (ISS). (2016). Fast facts. ISSS. <https://itriples.org/category/about-self-injury/>. Pristupljeno 5. kolovoza 2023.
19. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
20. Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., & Silva, C. (2012). Nonsuicidal self-injury, suicidal behavior, and their co-occurrence as viewed through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 342-347.

21. Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *The American journal of psychiatry*, *158*(3), 433–439.
22. Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1981–1986.
23. Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, *27*(2), 226-239.
24. Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, *122*(1), 231.
25. Kneeland, E. T., Dovidio, J. F., Joormann, J., & Clark, M. S. (2016). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical psychology review*, *45*, 81-88.
26. Lindgren, B. M., Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A systematic literature review of experiences of professional care and support among people who self-harm. *Archives of suicide research*, *22*(2), 173-192.
27. Linehan, M. M. (1993). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. *New York: Guilford*.
28. Moffitt, T. E., Poulton, R., & Caspi, A. (2013). Lifelong impact of early self-control. *American Scientist*, *101*(5), 352-359.
29. Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, *70*(3), 300-310.
30. Nock M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, *6*, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
31. Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, *144*(1), 65-72.

32. Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.
33. Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.
34. Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 140-144.
35. Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 74, 210-220.
36. Piers, C. (1996). A return to the source: Rereading Freud in the midst of contemporary trauma theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(4), 539-548
37. Rajhvajn Bulat, L., Sušac, N., & Ajduković, M. (2023). Predicting prolonged non-suicidal self-injury behaviour and suicidal ideations in adolescence—the role of personal and environmental factors. *Current psychology*, 1-12.
38. Rezo Bagarić, I., Sušac, N., & Rajhvajn Bulat, L. (2023). Samoozljeđivanje i suicidalnost srednjoškolaca prije i tijekom pandemije COVID-19. *Socijalna psihijatrija*, 51(1), 3-29.
39. Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
40. Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
41. Sroufe, L. A. (1989). Relationships, self, and individual adaptation. *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*, 70-94.
42. Šimić, L. (2021). *Psihoterapijske metode u liječenju samoozljeđivanja* (Diplomski rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet.
43. Wadman, R., Vostanis, P., Sayal, K., Majumder, P., Harroe, C., Clarke, D., ... & Townsend, E. (2018). An interpretative phenomenological analysis of young people's self-harm in the context of interpersonal stressors and

supports: Parents, peers, and clinical services. *Social Science & Medicine*, 212, 120-128.

44. Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.p
45. Whitlock, J., Minton, R., Babington, P., & Ernhout, C. (2015). The relationship between non-suicidal self-injury and suicide. *Ithaca, NY: The Information Brief Series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery Cornell University*.
46. World Health Organization (2019). Suicide and self-harm, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333478/WHOEMMNH224E-eng.pdf>. Pristupljeno 5. kolovoza 2023.