

UNIVERZITET U SARAJEVU

FILOZOFSKI FAKULTET

ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

SAMOPOVREĐIVANJE KOD ADOLESCENATA

Završni magistarski rad

Mentor:

Doc. dr. Đenita Tuce

Student:

Ajla Mujanović

Sarajevo, 2020. godina

Sadržaj:

1. UVOD	4
2. SAMOPOVREĐIVANJE I PREVALENCIJA PROBLEMA	6
2.1. Samopovređivanje.....	6
2.2. Prevalencija.....	11
3. FAKTORI RIZIKA, RAZLOZI I FUNKCIJE SAMOPOVREĐIVANJA	14
3.1. Faktori rizika samopovređivanja.....	14
3.2. Razlozi i funkcije samopovređivanja.....	17
4. RAZLIKE IZMEĐU NESUICIDALNOG SAMOPOVREĐIVANJA I POKUŠAJA SUICIDA 21	
5. TRETMAN	23
5.1. Terapija rješavanja problema.....	27
5.2. Kognitivno-bihevioralna terapija	27
5.3. Terenska i intenzivna terapija	28
5.4. Trening socijalnih vještina	28
5.5. Prepoznavanje i regulacija ljutnje	28
5.6. Farmakoterapija	29
5.7. Dijalektičko-bihevioralna terapija.....	29
6. ZAKLJUČAK	32
7. LITERATURA	343

SAMOPOVREĐIVANJE KOD ADOLESCENATA

Ajla Mujanović

Sažetak

Ovaj rad se bavi problematikom samopovređivanja kod adolescenata, te je koncipiran s ciljem da se odgovori na slijedeća pitanja: šta je to samopovređivanje i koje su razmjere ovog problema u populaciji adolescenata, koji su to faktori rizika samopovređivanja, razlozi i funkcije samopovređivanja, koja je to razlika između nesuicidalnog samopovređivanja i pokušaja suicida, te koji se tretman koristi u tretiranju ovog stanja. Samopovređivanje je „privatno“ ponašanje, koje se odvija u tajnosti, odnosno, koje se krije od drugih, što čini ovu pojavu teško procjenjivom. Međutim, posljednjih godina svjedoci smo dramatičnog porasta problema samopovređivanja među mladima, gdje čak dva od deset adolescenata u uzrastu od 14-21 godine ima iskustvo namjernog samopovređivanja. Različiti faktori mogu utjecati na samopovređivanje, te se mogu podijeliti na one koje se tiču društvenoga života, nasljeđa, mentalnoga stanja osobe, psiholoških karakteristika i odnosa unutar porodice. U radu je također napravljena distinkcija između oblika samopovređivanja, odnosno nesuicidalnog samopovređivanja i pokušaja suicida. Nesuicidalno samopovređivanje mladi većinom koriste u svrhu regulacije emocije, bez namjere da sebi oduzmu život, dok pokušaj ubistva mladi vide kao jedini način oslobađanja od negativnih emocija koje se nagomilavaju ili jedini izlaz iz problema u kojem se nalaze, u kojem je postojala svjesna namjera uništenja vlastitog života. Dosadašnja praksa pokazala je uspješnim određene terapije za tretiranje ovog stanja, od kojih su se pokazale uspješnim kognitivno-bihevioralne, naročito dijalektičko-bihevioralna i ostale suplementarne terapije.

Ključne riječi: nesuicidalno samopovređivanje, pokušaj suicida, razlozi i funkcije samopovređujućeg ponašanja, tretman

1. UVOD

Adolescencija predstavlja posebno buran i dramatičan period jer se dešava preobražaj tadašnjeg djeteta u mladu, gotovo odraslu osobu (Dodig-Čurković, 2017). Taj prelazni period prožima sveukupno biće adolescenta, a dešava se veoma brzo, tokom nekoliko godina. Adolescencija predstavlja vrijeme prilagodbe, mijenjanja, prelaska iz jednoga životnog razdoblja u drugo. Najčešće započinje između 11. i 13. godine pojavom sekundarnih spolnih karakteristika i traje kroz tinejdžerske godine sve do 18-20 godina kada završava razvoj do odrasle osobe (Kuzman, 2009). Početak je uočljiv kod oba spola. Intenzivne tjelesne, fiziološke, seksualne, emocionalne, psihosocijalne i kognitivne promjene sa kojima se adolescent susreće čine ovo razdoblje vremenom zbunjenosti, ali i spoznaje (Dodig-Čurković, 2010). Bura adolescentnih preobražaja reaktivira i izvlači na površinu neke stare deficite koji su bili prikriveni u djetinjstvu zbog jednostavnosti dječijeg života i ne tako velikih očekivanja i zahtjeva od djeteta. Berk (2015) navodi kako su tokom cijele razvojne faze prisutne promjene i to na svim područjima života adolescenta te će iste biti opisane u daljnjem tekstu.

Promjene u tjelesnom aspektu se kod oba spola očituju u naglom skoku u povećanju težine i visine. Kod djevojčica se pojavljuje prva menstruacija i razvijaju se spolne karakteristike, dok se kod dječaka povećava rad hipofize i lučenje spolnih hormona, također počinje razvoj sekundarnih spolnih obilježja te se događa promjena glasa i pojava dlaka na licu. U vidu kognitivnog razvoja, poboljšava se logičko razmišljanje, javlja se apstraktno mišljenje, adolescenti razvijaju procjenjivanje logičnosti verbalnih tvrdnji izvan okolnosti stvarnoga svijeta. Povećava se samosvjesnost i usmjerenost na sebe te se javljaju iskrivljene slike odnosa između sebe i drugih. Adolescenti ulaze u sukobe s nastavnicima, roditeljima, braćom, sestrama i drugim osobama iz svog okruženja jer doživljavaju sebe kao "najpametnijima" te samim tim rijetko uvažavaju tuđa mišljenja. Prijateljstvo između djevojčica je većinom usmjereno na emocionalnu bliskost, dok među dječacima na status i vladavanje. Vršnjačke grupe su organizovane prema vrijednostima, interesima te socijalnom statusu.

Jedna od glavnih zadaća adolescenta je odvajanje od roditelja i izgradnja sopstvenog identiteta te se javlja jaka potreba za novim iskustvima. Adolescenti se osjećaju drugačije od onog kako su se osjećali kao djeca i to ih zbunjuje, kao i one oko njih. Znaju da im se tijela mijenjaju na

način s kojim nisu uvijek zadovoljni, opažaju da su još jače razdražljivi, ali im nije jasno odakle to dolazi. Pred adolescentom ne stoji nimalo lagan zadatak (Berk, 2015). Sve ovo dovodi do dilema i konflikata kako u samom adolescentu, tako i u njegovim ulogama i odnosima sa drugima. Duboke i sveobuhvatne promjene koje nosi adolescentni proces ponekad preplavljaju biće pa adolescent ne može da ih obradi u okviru svog psihičkog aparata, što prouzrokuje psihopatološke fenomene (Čurčić, 2019). Kapacitet za mentalizaciju, simbolizaciju i elaboraciju individualan je i promjenljiv. Tako da, kod nekih adolescenata, u određenim trenucima i situacijama čak i sitne frustracije proizvode psihopatološke fenomene zato što su im bazični kapaciteti mali ili je njihova aktuelna funkcionalnost nedovoljna. Kod nekih drugih, intenzitet, trajanje ili udruženost većeg broja frustracija bude preplavljujuća jer njihov psihički aparat ne može da ih obradi, iako je u osnovi dobrog kapaciteta (Čurčić, 2019).

Ovo je izuzetno značajan, često buran i hirovit razvojni period koji zbog navedenih nestabilnosti nosi potencijalne rizike po mentalno zdravlje adolescenata. Većina relativno lahko prođe kroz ovu razvojnu fazu, bez obzira na sve dileme, sumnje, nemire, radosti, tugovanja, i mnoga druga stanja i emocije sa kojima se susreću jer promjenjivost emocija, psihičkih stanja i ponašanja sasvim je očekivana i uobičajna karakteristika adolescencije. Međutim, određeni broj adolescenata nosi se sa ozbiljnim problemima, koji zahtijevaju ne samo pomoć okoline (porodice, vršnjaka) već zahtijeva i stručnu pomoć. To je razdoblje gdje osoba razvija svoj identitet, pri čemu teži postati zdrava osoba koja će biti samostalna i kompetentna nositi se sa problemima na koje u životu može naići (Portes i sur., 2002). Upravo neuspjeh u ostvarenju ovog važnog zadatka adolescencije može pojedinca potaknuti, zajedno s još nekim drugim rizičnim faktorima kojima je izložen, na pomišljanje o različitim oblicima autodestruktivnog ponašanja. Posljednjih godina svjedoci smo dramatičnog porasta problema samopovređivanja među mladima, kako u opštoj, tako i u kliničkoj populaciji adolescenata.

Čak dva od deset adolescenta u uzrastu od 14-21 godine ima iskustvo namjernog samopovređivanja. Što postaje sve ozbiljniji problem koji zahtijeva intervenciju Sistema (Čurčić, 2019). Samopovređivanje je širi pojam od nesuicidalnog samopovređivanja (NSSP) i obuhvata i nesuicidalno i suicidalno namjerno samopovređivanje, koje može biti u formi samotrovanja, skoka sa visine i raznih drugih vrsta povređujućeg ponašanja (Čurčić, 2019).

Ovaj rad je koncipiran s ciljem da se odgovori na slijedeća pitanja:

1. Šta je to samopovređivanje i koje su razmjere ovog problema u populaciji adolescenata?
2. Koji su to faktori rizika, razlozi i funkcije samopovređivanja?
3. Kakva je razlika između nesuicidalnog samopovređivanja i pokušaja suicida?
4. Koji se tretmani koriste u tretiranju ovog stanja?

2. SAMOPOVREĐIVANJE I PREVALENCIJA PROBLEMA

2.1. Samopovređivanje

Kada govore o samopovređivanju, različiti autori koriste sinonime poput samoranjavanja, samoozljeđivanja, samopovređivanja ili samosakaćenja. Oblik koji se najčešće pojavljuje kod adolescenata je tzv. površinsko samopovređivanje, a odnosi se na različite načine samopovređivanja koja su učestala i nemaju za cilj počinjenje suicida. Suicidalni oblik samoozljeđivanja razlikuje se od nesuicidalnog oblika samopovređivanja u broju pokušaja, stresnim čimbenicima, motivaciji, letalnosti ponašanja te u kognicijama koje leže u podlozi takvog ponašanja (Dodig-Ćurković, 2013). Nesuicidalno samopovređivanje predstavlja namjerno nanošenje povreda na površini sopstvenog tijela, bez suicidalne namjere. Za mnoge nesuicidalno samopovređivanje je prolazna metoda, koju koriste da bi se suočili sa stresom koje se javlja rijetko, dok za neke ostaje obrazac koji se ponavlja i opstaje u odraslom dobu. Ovaj fenomen je važna tema kojom se treba baviti, te ovaj rad će biti posvećen istoj.

Definicije samopovređivanja su brojne te termin samopovređivanje često podrazumijeva donekle različita ponašanja, gdje ono predstavlja učestalu i nedovoljno razjašnjenu pojavu. Samopovređivanje predstavlja čin namjernog oštećenja tjelesnih tkiva, nanošenje plitkih, ali ipak bolnih povreda po površini tijela, koje ima za cilj da promijeni/kontroliše trenutna osjećanja. Ova pojava je najzastupljenija kod adolescenata. Predstavlja pokušaj da se smanje negativne emocije, kao što su napetost, tjeskoba ili samopredbacivanje i/ili da se razriješi neka interpersonalna teškoća, te da se prevladaju preplavljujuća osjećanja bola, napuštenosti, manje vrijednosti i sačuva psihološki integritet jedinim sredstvom kojim tada osoba raspolaže (DMS-V, 2013). U nekim slučajevima ovo samopovređivanje se smatra zasluženom samokažnjavanju, gdje osoba osjeća

olakšanje nakon čina (Mitić i sur., 2011). Kada se ovo ponašanje često događa, ono može biti povezano sa osjećajem hitnosti ili žudnje, a obrazac ponašanja liči na ovisnost (Tomic, 2015).

Ponekad to mogu biti manje rana i ogrebotine koje s vremenom prođu ali nekad to mogu biti dublje i brojnije rane od kojih će ostati trajni ožiljci. Neki od oblika samopovređivanja su: zasijecanje kože oštrim predmetima (najčešće na korijenu šake, nadlaktici i drugim dijelovima tijela obično ekstremitetima, vratu i stomaku korištenjem žileta, noža, skalpera ili nekog drugog oštog predmeta s namjerom da se nanese bol), grebanje, urezivanje, ujedanje, nanošenje opekotina (cigaretom, svijećom, šibicama, peglom), namjerno lomljenje kostiju, udaranje glavom, rukama i nogama o čvrste predmete i ostavljanje masnica po tijelu, kidanje kože, kopanje rana, čupanje za kosu i slično (Dodig-Ćurković, 2010). Najčešći oblik nesuicidalnog samopovređivanja jesu posjekotine (Mitić i sur., 2011). Česta područja povređivanja su prednja strana bedara i stražnja strana podlaktice. Ove radnje se obavljaju ili stalno ili u nastupima. Adolescent se povređuje sa relativnim mirom i očekuje reakciju okoline, koja je obično iznenađena, preplašena i većinom paniči. Ponekad je iznenađujuće kako osobe ne osjećaju bol. Sve samopovređujuće radnje imaju u početku formativni karakter i postepeno prestaju. Izvođenje samopovređivanja na više načina je povezano s težom psihopatologijom, uključujući provođenje suicidalnih pokušaja.

Tok samopovređivanja se u literaturi opisuje u 5 faza (Winchel i Stanley, 1991). Do samopovređivanja, dakle, dolazi u nepodnošljivoj situaciji eskalacije anksioznosti, očajanja, bjesa i agitacije, koju osoba nije u stanju da toleriše, kontroliše, niti prevaziđe. Privremeno upada u stanje disocijacije ("tijelo i duša se razdvajaju"), depersonalizacije ("unutra prazno, a oko mene sve nerealno"), analgije ("bola nema - ne osjećam ga") i konstrikcije perceptivno - kognitivnih procesa ("prvo se događa svašta, a onda ništa"). Ishod samopovređivanja je ogromno olakšanje ("opet osjećam da sam živ"; "to je kao kad povraćaš, pa sva muka i zlo izađu iz tebe"). Nesuicidalno samopovređivanje je pojava koja proizlazi iz bioloških, psiholoških, kulturoloških, društvenih i međuljudskih okolnosti (Tomic, 2019). Veoma je potrebno razumijevanje tih okolnosti zbog razmjere, trenda i posljedica te pojave. Također je nužno razumijeti što jasnije motivaciju, značenje i očekivani učinak takvog ponašanja, te procijeniti suicidalnu namjeru kod svakog adolescenta koji pokazuje takav oblik ponašanja. Samopovređivanje se javlja u rasponu od otvorenog, direktnog samoranjavanja (gdje se adolescenti koriste predmetima koji su im pri ruci ili onima koje su odabrali ili pripremili prethodno) do prikriivenog pri čemu ne dolazi do oštećenja

(zloupotreba i ovisnost o psihoaktivnim supstancama, poremećaji hranjenja, rizična ponašanja, samozanemarivanja i slično).

Adolescenti mogu koristiti različite oblike samopovređujućeg ponašanja, gdje ispituju svrhu primijenjenog pojedinog oblika. Odnos adolescenta prema „svom“ povređujućem ponašanju je vrlo čvrst te ga ponekad opisuju kao utočište, vrijeme koje je potrebno za sebe, odmak od svega, kao nešto vrlo osobno privatno, intimno. Ono što se navodi kao „pozitivne strane“ takvog ponašanja su dostupnost, brzina primjene, efikasnost, jednostavnost regulacije emocija, dok su „negativne“ strane osjećaj krivnje, ljutnje i srama (Tomic, 2019). Nesuicidalno samopovređivanje ima određene karakteristike: osoba najčešće to privatno radi i u tajnosti, često ne zahtijeva medicinsku pomoć, ima formu rituala, kompulzivan je, često se ponavlja te ponavljane epizode samopovređivanja povezane su sa pokušajima suicida. Stav okruženja prema osobama koje se samopovređuju je: osuđujući, nemaju razumijevanja i nezainteresovani su za mladu osobu. Nesuicidalno samopovređivanje ima svrhu za osobu koja to radi (Čurčić, 2019). Nesuicidalno samopovređivanje (DSM-V, 2013) spada u „stanja za daljnja istraživanja“.

Putem stručnog konsenzusa, pregleda literature, analize podataka i rezultata stručnih istraživanja koji su bili dostupni, utvrđeni su određeni kriteriji, u cilju nalaženja zajedničkog jezika za istraživače i kliničare zainteresovane za proučavanje ovog poremećaja. To daje nadu da će ta istraživanja omogućiti struci bolje razumijevanje ovog stanja, te dovesti do toga da bude uključeno u slijedeću verziju DSM-a. Operativna grupa za DSM odlučila je kako zasad nema dovoljno dokaza da bi se uspostavile službene dijagnoze psihičkih poremećaja koji pripadaju skupini „stanja za daljnja istraživanja“. U nastavku rada bit će prikazani predloženi kriteriji koji su preuzeti iz DSM-V koji nisu namijenjeni za kliničku upotrebu, jedino oni sklopovi kriterija i poremećaja koji su uključeni u Drugi dio DSM-V oni su službeni i mogu se koristiti u kliničke svrhe.

Nesuicidalno samopovređivanje (DSM-V, 2013.)

Predloženi kriteriji

- A. Tokom posljednjih godinu dana ova osoba je sudjelovala 5 ili više dana u hotimičnom samopovređivanju, površine svog tijela one vrste koje može izazvati krvarenje, modrice ili bol (npr. rezanje, paljenje, ubadanje, udaranje, ekscesivno trljanje) očekujući da će ova

povreda dovesti do samo manjeg ili umjerenog tjelesnog oštećenja (tj. nema suicidalnu namjeru).

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

B. Ova osoba se uključuje u samopovređujuće ponašanje sa jednim ili više očekivanja:

1. Postizanje olakšanja od nekog negativnog emocionalnog ili kognitivnog stanja
2. Razrješenje neke interpersonalne teškoće.
3. Izazivanje nekog pozitivnog emocionalnog stanja.

Napomena: Željeno olakšanje ili odgovor doživljavaju se tokom ili ubrzo nakon samopovređivanja, a ova osoba može pokazivati obrasce ponašanja koji upućuju na ovisnost o ponovljenom samopovređivanju.

C. Ovo namjerno samopovređivanje povezano je s najmanje jedinom od slijedećih:

1. Teškoće u međuljudskim odnosima ili negativne emocije ili misli, kao što su depresija, tjeskoba, napetost, ljutnja, opšta patnja ili samokritičnost, koji se zbivaju u razdoblju neposredno prije samopovređujućeg čina.
2. Zaokupljenost namjeravanim ponašanjem koju je teško kontrolirati, prije angažmana u ovom činu.
3. Razmišljanje o samopovređivanju koje se pojavljuje često, čak i kada se ono ne poduzima.

D. Ovo ponašanje nije socijalno prihvatljivo (npr. "Piercing", tetoviranje, dio vjerskog ili kurtur ološkog rituala) i nije ograničeno na trganje krasta ili grizenje noktiju.

E. Ovo ponašanje ili njegove posljedice uzrokuju klinički značajnu patnju ili se upliću u međuljudska, školska ili druga važna područja funkcionisanja.

F. Ovo ponašanje se ne pojavljuje isključivo tijekom psihotičnih epizoda, delirija, intoksikacije psihoaktivnom tvari ili sindromom sustezanja od psihoaktivne tvari. Kod osoba sa nekim neurorazvojnim poremećajem ovo ponašanje nije dio obrasca ponavljajućih stereotipija. Ovo ponašanje se ne može bolje objasniti drugim psihičkim poremećajem ili zdravstvenim stanjem (npr. psihotični poremećaj, poremećaj iz spektra autizma, intelektualna onesposobljenosti, LeschNyhanov sindrom, poremećaj sa

stereotipnim pokretima sa samopovređivanjem, trihotilomanija (poremećaj čupanja dlaka), ekskoricijski poremećaj (poremećaj čačkanja kože)).

Diferencijalna dijagnoza (prema DSM-V, 2013):

Dok se ranije fenomen nesuicidalno samopovređivanje pripisivao graničnom poremećaju ličnosti (dijagnostički kriterijum u četvrtoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje, DSM-IV), istraživanja koja posljednjih decenija sve više fokusiraju na ovaj fenomen ukazuju da se on javlja i u odsustvu graničnog poremećaja ličnosti. Nakon najnovijeg izdanja (DSM-V, 2013), ovaj poremećaj svrstan je u posebnu kategoriju. Istina je da se ne povređuje svako sa graničnim poremećajem niti svi ljudi koje se samopovređuju imaju granični poremećaj. Oba ova stanja povezana su s nekoliko drugih dijagnoza. Iako su često udruženi, granični poremećaj ličnosti ne nalazi se uvijek u osoba sa nesuicidalnim samoozljeđivanjem. Ova se sva stanja razlikuju na nekoliko načina. Osobe sa graničnim poremećajem ličnosti često pokazuju poremećena, agresivna i neprijateljska ponašanja dok je nesuicidalno samopovređivanje češće povezano s fazama bliskosti, suradljivim ponašanjem i pozitivnim odnosima.

Nesuicidalnog samopovređivanja i poremećaja sa suicidalnim ponašanjem razlikuje cilj tog ponašanja koji je ili želja za smrću (poremećaj sa suicidalnim ponašanjem) ili, u nesuicidalom samoozljeđivanju, želja da se osjeti olakšanje. Osobe s anamnezom čestih epizoda nesuicidalnog samoozljeđivanja naučile su da je postupak rezanja, iako bolan, kratkoročno uglavnom bezopasan. Kako osobe s nesuicidalnim samoozljeđivanjem mogu učiniti i čine suicidalne pokušaje i suicid, važno je provjeriti raniju anamnezu suicidalnog ponašanja i dobiti informaciju od treće osobe u pogledu bilo kakvih nedavnih promjena u izloženosti stresu i raspoloženju. Vjerovatnost suicidalne namjere povezana je s korištenjem više prethodnih metoda samopovređivanja.

Trihotilomanija (poremećaj čupanja dlaka) je vrsta samopovređujućeg ponašanja ograničenog na čupanje vlastitih dlaka, najčešće iz vlasišta, obrva ili trepavica. Ovo ponašanje se odvija u „epizodama“ koje mogu trajati satima. Najčešće se pojavljuje tijekom razdoblja relaksacije ili zabave.

Stereotipno samoozljeđivanje koje može uključivati lupanje glavom, grizenje ili udaranje samog sebe obično je povezano s intenzivnom koncentracijom ili uvjetima niske vanjske stimulacije i može biti povezano s razvojnim zaostajanjem.

Ekscorijacijski poremećaj (poremećaj čačkanja kože) pojavljuje se uglavnom kod žena i obično je usmjeren na čačkanje nekog područja kože koje osoba doživljava ružnim ili manom, obično na licu ili na vlasištu. Kao kod nesuicidalnog samopovređivanja, čačkanju često predhodi neki poriv, a doživljava se ugodnim, mada ova osoba shvata da nanosi štetu, pri tome se ne koristi priborom.

U adolescenciji često impulsivna reakcija na stresne događaje budu okidač za pokušaj samoubistva (WHO, 2009) dok destruktivno ponašanje okrenuto prema samom sebi u vidu samopovređivanja, može biti put ka pokušaju suicida. Pokušaj samoubistva predstavlja sve ono što osoba učini sa ciljem da si oduzme život (Bradić i Lečić-Toševski, 2010). Samoubilačke ideje koje su prisutne kod samopovređivanja sa suicidalnom namjernom čine razmišljanja o oduzimanju sopstvenog života, a samopovređivanje bez suicidalne namjere predstavlja ponašanja koja nemaju za cilj oduzimanje sopstvenog života, te mogu, ali i ne moraju rezultirati ozbiljnim povredama (Bradić i Lečić-Toševski, 2010). Samoubilačke misli u adolescenciji nisu same po sebi „bolest“, već se javljaju kao sastavni dio sazrijevanja i prispitivanja smisla života (Bradić i Lečić-Toševski, 2010). Više od polovine adolescenata ponekad pomisli da sebi oduzme život na šta ukazuju podaci iz istraživanja (Bradić i Lečić-Toševski, 2010). Razmišljanje o samoubistvu postaje „opasno“ ako mlada osoba vidi u tome jedini izlaz iz situacije u kojoj se nalaze, što povećava rizik od pokušaja ili izvršenja samoubistva (Ćurčić i sur., 2010). Pokušaj suicida u adolescenciji se javlja kada stanje u kojem se pojedinac nalazi izaziva toliku psihičku patnju i bol da postaju nepodnošljivi. Pokušaj samoubistva u adolescenciji postaje jedna vrsta "odbrambenog stava" ili "akt protiv jakog psihičkog trpljenja a ne protiv života" (Ćurčić, 2010).

2.2. Prelavencija

S obzirom da se nesuicidalno samopovređivanje radi u tajnosti, teško je znati tačne razmjere ovog problema, često u literaturi se susrećemo sa brojkama koje su dobijene iz kliničkih ustanova, mada većina mladih koja se samopovređuje ni ne zatraži pomoć ljekara. Sudeći po rezultatima nekih istaživanja, manje od 4% populacije adolescenata se namjerno samopovređuje

da bi privukli pažnju. Prema do sada objavljenim rezultatima istraživanja, incidencija i prevalencija samopovređujućeg ponašanja, sa ili bez suicidalne namjere je u porastu u mnogim državama. Oblici i funkcija samopovređujućeg ponašanja su vrlo različiti i individualni, promjenjivi tijekom vremena i u različitim okolnostima. Učestalost nesuicidalnog samopovređivanja u opštoj populaciji mladih u razvijenim zemljama se kreće od 13%-23%, dok je značajno češće među mladima koji već imaju neke psihološke/psihijatrijske probleme i iznosi čak 50%-70% u ovoj populaciji mladih (Srdanović-Maraš i Marković, 2017).

Prva studija o prevalenci samopovređivanja na školskom uzorku adolescenata 2002. godine, pokazuje da je prevalenca samopovređivanja oko 14% (Brown i Plener, 2017). U adolescentskom psihijatrijskom uzorku, prevalenca ide do 60% za jedno samopovređivanje, a 50% za kontinuirano samopovređivanje. Tipično je da počinje u adolescenciji od 12. do 15. godine. Sistematski pregled longitudinalnih studija koje se tiču samopovređujućih ponašanja ističu da prevalencije dostižu svoj vrhunac između 15. i 16. godine, a da opadaju kako se ide ka starijim godinama, oko 18. godine (Brown i Plener, 2017). Nakon 18. godine značajno opada učestalost NSSP i među odraslima se javlja u svega 5%-7%. Iako ova vrsta maladaptivnog ponašanja većinom prestaje po izlasku iz adolescencije, važno je naglasiti da su osobe koje su u mladosti imali izraženije i ponavljano NSSP u većem riziku od opšte populacije da imaju problem zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, pokušaje suicida, emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti (granični poremećaj ličnosti) što je povezano sa disfunkcionalnim strategijama regulisanja emocija koje opstaju i nakon što prestanu sa NSSP (Srdanović-Maraš i Marković, 2017). NSSP se najčešće javlja u srednjoj adolescenciji i postepeno iščezava ulaskom u mlađe odraslo doba. Zato što je adolescencija sama po sebi rizična za pojavu NSSP jer je vulnerabilna faza razvoja, koju karakteriše impulsivnost i emocionalna reaktivnost. Pored godina, rizičnim faktorom se smatra i spol.

U periodu adolescencije repetitivno samopovređujuće ponašanje je najčešća metoda emocionalne regulacije (Bunner i sur., 2007). Prema podacima iz istraživanja, što je u skladu sa podacima Svjetske zdravstvene organizacije, djevojčice tri puta češće pokušavaju suicid, dok dječaci češće realizuju suicid (Bradić i Lečić-Toševski, 2010). Ono u čemu se muški i ženski ispitanici razlikuju jeste metod samopovređivanja, odnosno podatak da se žene češće sijeku oštrim predmetima (žilet, nož i slično) odnosno vidljivim oblicima samopovređivanja, dok se muškarci

koriste oblicima samopovređujućeg ponašanja koje nije toliko vidljivo poput udaranja samih sebe, kao što je udaranje tijelom o zid ili neku čvrstu podlogu (Claes, i sur., 2007). Postoji podatak da prilikom pokušaja suicida, odnosno kada imaju suicidalnu namjeru, mladići biraju nasilnije metode kao što su vješanje i vatreno oružje, dok djevojke češće biraju tablete što može biti jedan od razloga što mladići češće izvrše suicid, kao i to što su mladići agresivniji i češće pod uticajem psihoaktivnih supstanci koje lakše dovedu do impulsivnog samubistva (Bradić i Lečić-Toševski, 2010).

Interesantno je da kod djevojčica faktori uključeni u pojavu samopovređivanja mogu biti skorašnje samopovređivanje prijatelja, problemi zavisnosti, depresija, anksioznost, impulsivnost i nisko samopoštovanje. Kod muškaraca faktori uključuju suicidalno ponašanje prijatelja i porodičnog člana, problem zavisnosti i nisko samopoštovanje (Hawton i sur., 2002). Čak 14-16% tinejdžera sklono je samopovređivanju oštrim predmetima, a taj se postotak u svijetu posljednjih godina povećava. Jednim od uzroka takvog ponašanja smatra se depresija i beznadnost mladih. Samopovređivanje oštrim predmetima uključuje suicidalni i nesuicidalni oblik, i njegova prevalencija iznosi 6-7% među tinejdžerima, što predstavlja veliki problem u današnjem svijetu. Većina tih adolescenata, oko 60%, ima iskustvo epizode velikog depresivnog poremećaja (Dodig-Ćurković, 2013). Stope prevalencije u oba spola kod nesuicidalnog samopovređivanja bliže su jedna drugoj nego što su one kod poremećaja sa suicidalnim ponašanjem, gdje je odnos žena prema muškarcima oko 3:1 ili 4:1. Prema podacima iz literature čak 15% adolescenata se samopovređivalo bar jednom u životu (Laye-Gindhu i Schonert-Reichl, 2005), dok je samopovređivanje bilo mnogo više izraženo kod adolescenata koji imaju dijagnostikovan neki mentalni poremećaj (WHO, 2014).

Učestalost nesuicidalnog samopovređivanja kod adolescenata iz opšte populacije je 13-25%. SAD: 26%-37% (uzrast 15-18 godina) (Yates i sur., 2008). Kanada: 17% mladih barem jednom se samopovredilo (Nixon i sur., 2008). Irska, Australija, Japan: 6%-10% (Greydanus i Shek, 2009). UK: 1 od 10 (uzrast 11 do 25 godina) (Hawton i sur., 2003) te klinička populacija: 50-70%. Kada govorimo o prevalenci na svjetskoj populaciji je 18% , dok je u adolescentnoj populaciji na nivou Evrope do 39%. Samopovređivanje je „privatno“ ponašanje, koje se krije od drugih, o kome se ne priča, i gdje se osobe rijetko obraćaju za pomoć, što čini ovu pojavu teškom da se procijeni koliko je česta. Većina literature upućuje na mlade ljude koji se samopovređuju ali samo one koje završe u bolnici, dok ne znamo postotak onih koji to privatno rade, koji je

vjerovatno i veći, a ne završe u bolnici. Također se postavlja pitanje, da li se djevojčice pritom više obraćaju za pomoć nakon samopovređivanja ili se stvarno i više povređuju? Postoji podatak da prilikom pokušaja suicida mladići biraju nasilnije metode kao što su vješanje i vatreno oružje, dok djevojke češće biraju tablete što može biti jedan od razloga što mladići češće izvrše suicid, kao i to što su mladići agresivniji i češće pod uticajem psihoaktivnih supstanci koje lakše dovedu do impulsivnog samubistva. Kao što je prethodno navedeno, da kod djevojaka rizik za samopovređivanje jeste taj što češće obolijevaju od depresivnog poremećaja, tako da češće i lakše potraže stručnu pomoć što može biti možda jedan od razloga što djevojke rjeđe realizuju samoubistvo (Bradić i Lečić-Toševski, 2010), kao i što statistika veće učestalosti ide u njihovu korist.

3. FAKTORI RIZIKA, RAZLOZI I FUNKCIJE SAMOPOVREĐIVANJA

3.1. Faktori rizika samopovređivanja

Postoje razna tumačenja i predrasude o uzrocima NSSP među mladima. Postoje dvije krajnosti u ponašanju ljudi prema ovakvom ponašanju. Neki ova ponašanja osuđuju jer smatraju da je uzrok takvog ponašanja manipulativnost te smatraju da zbog toga ne trebaju pomagati takvim osobama i takva ponašanja ignorišu. Dok drugi smatraju da je uzrok samopovređivanja neki ozbiljan psihički poremećaj koji treba biti tretiran urgentnim psihijatrijskim liječenjem. Istina je da samopovređivanje ne predstavlja pitanje privlačenja pažnje, već onoga na koji način pojedinci ovim činom komuniciraju. NSSP nije „poziv u pomoć“ niti onaj ko se samopovređuje čini to kako bi bio manipulativan. Sama ideja o namjernom samopovređivanju strana je mnogim ljudima i teško razumljiva. Također još jedan problem kada govorimo o ovom fenomenu jesu zablude i predrasude, kao i nepoznavanje rizičnih faktora koje je prisutno među stručnjacima koji rade sa adolescentima. Profesionalci koji ne poseduju adekvatno razumijevanje ovog problema i koji smatraju da je hospitalizacija u najboljem interesu klijenata, može imati kontra efekat (Čurčić, 2019). Činjenica je da većina rana nastalih samopovređivanjem ne ugrožava život i ne zahtijeva medicinski tretman. Sama hospitalizacija osobe protiv njene volje može biti štetna. Ono što je stvarni razlog za samopovređivanja jeste čest osjećaj slabosti, zatočenosti ili bespomoćnosti. Taj osjećaj može nastati iz nesretnog iskustva iz prošlosti ili iz traumatičnog događaja (npr.

zlostavljanja, svjedočenja napadu i slično). Sadašnji događaji mogu pridonijeti pojačanju već postojeće tjeskobe, posebno ako je život jako stresan, kad se osoba osjeća izoliranom, kad osjeća da joj nedostaje podrške i razumijevanja ili kada je izložena stalnom kritikovanju.

Različiti faktori mogu utjecati na samopovređivanje, te se mogu podijeliti na one koje se tiču društvenoga života, nasljeđa, mentalnoga stanja osobe, psiholoških karakteristika i odnosa unutar porodice. Osoba je pod većim rizikom ako postoji pozitivna obiteljska povijest suicidalnog ponašanja, ako su roditelji ovisnici o alkoholu te ako je percepcija povezanosti među članovima niska. Dodatni je faktor je slab socioekonomski status (Tripković i sur., 2013). Studije na blizancima pokazale su da je samopovređivanje češće kod jednozigotnih blizanaca te da su posvojena djeca bila pod većim rizikom ako su njihovi biološki rođaci pokazivali takvo ponašanje, što upućuje da je ono, barem djelomično, genetski uvjetovano (Dodig-Ćurković i sur., 2010). Različit odnos roditelja prema adolescentu može utjecati na pojavu rizičnog ponašanja. To se odnosi na način na koji provode disciplinu, roditeljska angažovanost, roditeljska pažnja i nadzor, način komunikacije, roditeljski stil života, roditeljska toplina, stalnost ili nedosljednost u donošenju odluka itd. Najčešći problemi vezani u odnosu roditelj- adolescent odnose se na teškoće komunikacije i teškoće u provođenju discipline i postavljanju pravila. To ide u prilog da je obitelj je naj snažniji zaštitni čimbenik za sve oblike poremećaja adolescenata, dok su loši obiteljski odnosi u isto vrijeme i najčešći čimbenici rizika za psihopatologiju u djetinjstvu (Dodig-Ćurković, 2013).

Pored navedenih faktora koji su povezani sa obitelji također se mogu navesti: obiteljska problematika, odnosno, utjecaj roditelja na ponašanje i navike djece, te roditeljski kriticism i apatija. Također tu spadaju i nepovoljni životni događaji u djetinjstvu kao što su: tjelesno, emocionalno i seksualno zlostavljanje, zanemarivanje te ukoliko je dijete bilo svjedok porodičnog nasilja (Brown i Plener, 2017). Psihička podloga nastanku takvog autodestruktivnog ponašanja je povezana sa ranijim nakupljanjem, dubokim traumatskim iskustvima, nepovoljnih obiteljskih dešavanja, osobnih problema roditelja te internalizirajući i eksternalizirajući problema djeteta, npr. seksualno i emocionalno zlostavljanje, zanemarivanje (emocionalno i tjelesno), rani gubici (gdje je dijete izgubilo roditelja/lje, ili se rano odvojilo od njih). Osoba s ranim traumatskim iskustvima samopovređivanjem će postići osjećaj kontinuiteta ponavljanjem takvih iskustava

tokom života. Na taj način će omogućiti samoj sebi fiktivni osjećaj kontrole nad teško kontrolirajućim situacijama (Tomic, 2015).

Pored obiteljskih faktora, mentalni poremećaji koji povećavaju vjerovatnost samopovređivanja su: anksioznost, depresija, granični poremećaj ličnosti, disocijativni poremećaj ličnosti, ovisnosti, poremećaji prehrane, te traume u ranom djetinjstvu, naročito seksualno zlostavljanje (Allely, 2014). Prije nego što se nesuicidalno samopovređivanje izdvojilo kao zasebno, smatralo se da je ono uvijek povezano sa spomenutim poremećajima. Ono što se također treba spomenuti jeste da djeca koja su odrastala po socijalnim ustanovama, zatvorima, bolnicama također mogu pokazivati samopovređujuće ponašanje. Što se tiče društvenoga i akademskoga života pritisak koji se vrši kako bi učenici bili što uspješniji sam nije dovoljan kao okidač, ali može prevagnuti kada je udružen s ostalim čimbenicima (Holt i sur., 2015). Vršnjačko nasilje (bullying) je jedan od najznačajnijih rizičnih faktora za pojavu NSSP. Dva dugogodišnja istraživanja su pokazala da je vršnjačko nasilje u djetinjstvu i ranoj adolescenciji u poređenju sa roditeljskim zlostavljanjem i zanemarivanjem, nosilo veći rizik za pojavu NSSP. Naravno, to ne znači da roditeljsko zlostavljanje i zanemarivanje ne nanosi štetu djeci na neki drugi način. Druge studije su ukazale na značajan uticaj socijalnog okruženja, često se čuje: „Epidemija samopovređivanja je nova zarazna bolest među mladima...“. Zaključak tih studija je da početak NSSP može biti pod značajnim uticajem okruženja – interpersonalnih faktora (uticaj prijatelja, poznanika koji se samopovređuju, uticaj subkulture/gotik, emo, gdje pripadnost grupi podrazumijeva određen vid samopovređivanja, okupljanje grupa po sličnim interesovanjima i sličnim ranjivostima (Brown i Plener, 2017).

Socijalni pritisak i stigma su takođe osnovni razlog za veći rizik od NSSP kod osoba koje nisu heteroseksualne orijentacije (Srdanović-Maraš i Marković, 2017). Traumatski događaji u ranoj dobi, a i oni nedavni, kao što su prekid emocionalne veze ili gubitak bliske osobe također predstavljaju rizične čimbenike. Takođe u rizične faktore možemo svrstati i uticaj medija, koji doprinose većoj dostupnosti o značenju nesuicidalnog samopovređivanja, također i o tome kako mladi putem različitih pretraživanja na internetu čitaju o iskustvima i samom činu. Zabilježeni su podaci da godišnje na Google-u 42 miliona puta pretraže pojam NSSI. Sto najgledanijih videa na YouTube-u koji sadrže NSSP imaju 2 miliona pregleda. Nedavno istraživanje ukazuje da je jedna trećina mladih sa iskustvom NSSP uzrasta od 14 do 25 godina pomoć potražila upravo putem

internet (Brown i Plener, 2017). Tako da aktivnosti na internetu vezane za NSSP mogu biti od pomoći (smanjuje se socijalna izolacija, podrška za oporavak, smanjuje se želja za samopovređivanjem) ali mogu biti i potencijalno opasne (okidač za samopovređivanje, socijalno potkrepljenje samopovređivanja).

Iako je bilo pozitivnih pomaka u svijetu društvenih medija-uključujući i lansiranja Facebooka algoritama 2017. dizajniranog da podrži mentalno zdravlje njihovih korisnika, za sada ovi naponi nisu urodili plodom. Instagram kao najpopularnija društvena mreža među adolescentima u ovom trenutku u oktobru 2019. godine je obećao da će zabraniti slike, crteže kao i karikature koje prikazuju metode samopovređivanja ili suicida (Koštulić i sur., 2019). Buduća istraživanja bi trebalo da istraže koje mjere su potrebne da bi se osnažili pozitivni efekti a smanjili potencijalno štetni uticaji internet aktivnosti.

3.2. Razlozi i funkcije samopovrijeđivanja

Najteži zadatak za razumijevanje bilo kojeg disfunkcionalnog ponašanja jeste odgovoriti na pitanje zbog čega se ono baš sad javlja i šta je njegova funkcija u odnosu na konkretnu osobu o kojoj se radi. Postoji mnogo funkcionalnih i disfunkcionalnih ponašanja koja na različite načine mogu zadovoljiti potrebe osobe, a izbor ponašanja povezan je sa time kako ponašanje dovodi do zadovoljenja različitih potreba (Suyemoto, 1998). Motivacija i svrha samopovređujućeg ponašanja je individualna. Ono može biti povremeno, impulzivno ili može biti ponavljajuće i biti u funkciji „nošenja s problemima”, gdje osobi koja koristi takvo ponašanje dovodi do stanja trenutnog olakšanja od intenzivnih osjećaja koje je nakupljeno, npr. anksioznost, osjećaj neuspjeha, depresivnost, stres, nezadovoljstvo i druga osjećanja koja negativno utiču na adolescenta. Samopovređujuće ponašanje može poprimiti i ritualni, kompulzivni karakter. Kod mladih kod kojih samopovređivanje postane ponavljajuće i dugotrajno (kao način nošenja sa neugodnim emocijama i situacijama) ono može imati ulogu emocionalne regulacije što dovodi do mogućnosti otežanog prestajanja posezanja za takvim ponašanjem. Kod tih adolescenata često je prisutan skup emocionalno disfunkcionalnih okolnosti, kao što su emocionalna ranjivost (gdje osoba postaje manje otporna i gdje joj je problem prestavlja izražavanje emocija), neefikasna emocionalna regulacija (do koje dolazi većinom zbog susprezanja, potiskivanja, te izbjegavanja negativnih

emocija), te emocionalno neadekvatna okolina (ponižavanje nečijeg iskustava, reakcije koje se ne mogu predvidjeti na nečije iskreno iskazane osjećaje). Inhibicijom negativnih osjećaja do koje često dolazi, može dovesti do toga da adolescent „pada“ u stanje emocionalne otupljenosti, gdje se osoba osjeća prazno i usamljeno, što dovodi do toga da formiranje emocionalne regulacije bude spriječeno.

Iako je samopovređivanje generalno vid maladaptivnog ponašanja, u datom trenutku ono čak može biti visoko funkcionalno za osobu (Chapman, Gratz i Brown, 2006). To maladaptivno ponašanje može imati neke od sljedećih funkcija za osobu (Srdanović-Maraš i Marković, 2017):

- regulacija afekta (da se umanjí negativni akutni afekat ili averzivni afektni priliv)
- anti-disocijativna (da se okonča osjećaj depersonalizacije ili druga disocijativna stanja)
- anti-suicidalna (da se zamjeri, napravi kompromis ili izbjegne pokušaj suicida)
- interpersonalne granice (da se označi autonomija ili granica između sebe i drugih)
- samokažnjavanje (da sebe kazni ili izrazi ljutnju prema sebi)
- želja za senzacijom (da se stvori uzbuđenje)

Istraživanja ističu da je primarna funkcija samopovređujućih ponašanja zapravo regulatorna. Samopovređivanje je jedna od strategija emocionalne regulacije, odnosno samopovređivanje predstavlja vid strategije za smanjenje akutnog negativnog afekta ili afektivne pobuđenosti (Gratz, 2003). Samopovređivanje se koristi kao strategije jer su druga adekvatnija sredstva regulacije afekta nedostupna ili nedovoljna.

Klonsky (2007) navodi sljedeće funkcije samopovređivanja:

- akutan negativni afekat poput bijesa, anksioznosti, krivice, usamljenosti, tuge i samomržnje prethodi samopovređivanju,
- samopovređivanje se najčešće dešava sa namjerom da se redukuje negativan afekat,
- samopovređivanje donosi privremeno emocionalno olakšanje i smanjuje intenzitet negativnog afekta,
- samo vizualizovanje samopovređujućih ponašanja u kontrolisanim uslovima dovodi do redukovanja negativnog afekta.

Istraživanja pokazuju da su negativne emocije većeg intenziteta prije epizode samopovređivanja i da intenzitet značajno opada nakon epizode, odnosno dolazi do olakšavanja. Prilog ovoj tvrdnji jeste da je funkcija navedenog ponašanja regulacija negativnih emocija (Kamphuis, Ruyling i Reijntjes, 2007).

Emocionalna regulacija je zapravo i najučestalija funkcija samopovređujućih ponašanja, što je razlog zbog kojeg se istraživači bave detaljnijom analizom ovog fenomena. Samopovređivanje može imati funkciju da olakša stres, odstrani tenziju i neprijatna osećanja, izbaciti emocije, eksternalizuje emotivnu bol (kako bi transformisalo neizdrživu emotivnu bol u fizičku bol koja se može više tolerisati) i istovremeno oslobađanje krivnje, povećavanje smisla kontrole, kao i smanjivanje disocijativnih doživljaja (depersonalizacija). Mnoge od ovih funkcija razvijene su kao strategije emotivne regulacije. Kratkoročno samopovređivanje ima pozitivne emotivne posljedice jer momentalno reguliše emocije, dok dugoročno samopovređivanje ima negativne posljedice, jer zapravo pojačava emotivnu disregulaciju. Treba dodati i činjenicu da što više izbjegavamo emocionalni stres, sve ga manje možemo tolerisati. Samopovređujuće ponašanje je pod uticajem kratkoročnih posljedica, iz prostog razloga jer su one pozitivne (Nock, 2010).

Kažnjavanje samog sebe je takođe jedna od funkcija samopovređujućih ponašanja, te je druga po učestalosti funkcije samopovređujućih ponašanja (Klonsky, 2007). Osobe koje se samopovređuju često izjavljuju da na taj način izražavaju bijes u odnosu na sebe ili želju da sami sebe kazne. U nekim slučajevima samopovređivanje je korišteno kao odgovor na „zaslužno“ samokažnjavanje. Pojedinaac koji se samopovređuje često prijavljuje trenutno olakšanje tokom i nakon procesa. Samopovređujuće ponašanje u tom slučaju predstavlja način zlostavljanja sebe, koji je naučen kroz zlostavljanje ili kritikovanje od strane drugih (Nock, 20013).

Interpersonalni uticaj je treća funkcija samopovređujućih ponašanja i odnosi se na želju da se utiče na drugog. Zapravo, samopovređivanje ima ulogu manipulacije nad drugom osobom (Chowanec, Josephson, Coleman i Davis, 1991). Osoba se samopovređuje kako bi izbjegle napuštanje, pozvala upomoć te skrenula pažnju drugima da je mora shvatati ozbiljno (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson i Prinstein, 2008). Mnogi vjeruju da su osobe koje se samopovređuju generalno manipulativne i željne pažnje (Feldman, 1988). S druge strane, Linehan (1993) ističe da uticanje na druge nije namjera niti primarni cilj samopovređivanja, ali da može potkrijepiti samopovređivanje.

Četvrta funkcija jeste anti-disocijativna. Osoba na ovaj način održava osjećanje selfa nakon što doživi preplavljujuće emocije. Pojedine osobe koje se samopovređuju navode da se ponekad osjećaju nestvarno ili da ne osjećaju ništa. Nakon samopovređivanja osoba izvještava da se ponovo osjećaju stvarno ili da je bolje osjećati nešto nego ništa (Klonsky, 2007).

Funkcija koja se često povezuje sa prethodnom je potvrđivanje interpersonalnih granica što predstavlja petu funkciju po redu. Osoba koja ima problem sa nejasnim granicama u odnosu na self pokušava na ovaj način da razdvoji sebe od okoline i na taj način doprinosi zaštiti selfa. Stvara osjećaja identiteta, osjeća se nezavisnom i autonomnom (Klonsky i Muehlenkamp, 2007).

Traženje senzacija, jeste šesta i zadnja funkcija. Kod traženja senzacije samopovređivanje je sredstvo za generisanje uzbuđenja na sličan način na koji to čine bangijumping i skok sa padobranom. Istraživanja pokazuju da osobe koje se samopovređivanju postižu više skorove na dimenziji traženja senzacija od onih koji ne ispoljavaju samopovređujuća ponašanja (Glenn i Klonsky, 2010). Također, funkcija koje je paradoksalno adaptivna jeste antisuicidalna funkcija. Neke osobe opisuju samopovređivanje kao sredstvo otpora željama da pokušaju samoubistvo, davajući izjave poput „Na taj način zaustavim ideje o samoubistvu“ ili „To me sprječava da sebi oduzmem život“. To implicira da samopovređivanje predstavlja kompromis između nagona života i smrti, odnosno mehanizam pomoću koga se osoba odupire porivu da počini samoubistvo (Himber, 1994). Iako samopovređivanje može trenutno odgoditi suočavanje i skrenuti pažnju s drugih problema koje osoba ima, važno je usmjeriti i posvetiti pažnju rješavanju teškoća kod osobe.

Za mlade ljude koji se samopovređuju nije pomoć ako im se kaže „Ne treba to da radiš!“. Ono što pomaže jeste razumijevanje. Potrebno je shvatiti funkciju tog ponašanja koja će nas usmjeriti i na bolji plan terapijske intervencije.

4. RAZLIKE IZMEĐU NESUICIDALNOG SAMOPOVREĐIVANJA I POKUŠAJA SUICIDA

U adolescenciji i mladalačkoj dobi možemo se susresti sa različitim oblicima autodestruktivnog ponašanja, koja se često ispoljavaju u vidu samopovređivanja, pokušaja samoubistva i izvršenog samoubistva. Istraživači ističu da samopovređivanje nije nužno suicidalno u namjeri, ali može dovesti do suicidalne ideje ili ako samopovređivanje ode predaleko, i do samog suicida. Suicidalno ponašanje rezultat je međudjelovanja psihijatrijskih, društvenih i obiteljskih čimbenika (Dodig - Ćurković, 2010). Ključno je da se istražuju mehanizmi koji su u podlozi suicidalnih ponašanja, prije nego sami ishodi tih ponašanja (Fairbairn, 1995). Neki autori ukazuju da ne postoji uvijek jasna granica između samopovređivanja i pokušaja suicida i da su to samo različite varijacije autodestruktivnog ponašanja (Simić, 2010). Prema Lewinsonu i suradnicima pokušaj samoubistva definira se kao čin u kojem je postojala svjesna namjera uništenja vlastitog života, ali koji nije završen i u kojem nije nastupila smrt (DodigĆurković, 2013). Dok kod nesuicidalnog samopovređivanja za razliku od suicidalnog ponašanja nije postojala namjera da se umre jer kod NSSP postoje razlogi zbog kojeg to osoba radi (da osjeti nešto, da blokira neprijatna osjećanja, da reguliše relacije).

Prema nekim istraživanjima, ova se dva oblika samopovređivanja razlikuju u tome što se uz suicidalni oblik samopovređivanja u komorbiditetu češće pojavljuje veliki depresivni poremećaj odnosno posttraumatski stresni poremećaj, dok su kod nesuicidalnog oblika samoozljeđivanja češće prisutni poremećaji ličnosti (Dodig- Ćurković, 2013). Oni adolescenti koji se često samopovređuju i u više su navrata pokušali izvršiti suicid znatno su depresivniji, impulzivniji te češće verbaliziraju osjećaj nemoći i gubitak nade u odnosu na one koji se samoozljeđuju bez da su pokušali izvršiti suicid (Dodig- Ćurković, 2013). Studije pokazuju da ljudi koji se samopovređuju mogu imati visok rizik za samoubistvo, ali se samoubistvo mora razlikovati od samopovređivanja. Ljudi koji se samopovređuju, kada pokušaju samoubistvo, koriste sredstva koja su različita od onih koje biraju za samopovređivanje. Iako NSSP i samoubistvo uključuju namjernu povredu, oni predstavljaju različite vrste ponašanja. Također, slijedeća razlika jeste da osobe koje pokušaju suicid one koriste teže oblike samodestruktivnog ponašanja s jasnim ugrožavanjem života (samotrovanje, vješanje, vatreno oružje, skok sa visine), dok su kod NSSP prisutni lakši oblici samodestruktivnog ponašanja koji ne ugrožavaju život

(povrede kože paljenjem, sječenjem, udaranjem..). Broj pokušaja samoubistva je otprilike dva puta veći od broja učinjenih samoubistava. U pokušajima samoubistava prednjače adolescentice u dobi od 15 do 18 godina, a najčešći načini su predoziranje i trovanje tabletama, rezanje vena, vješanje i utapanje (Đuretić, 2016). Odnos između samopovređivanja i suicidalnosti je kompleksan.

Istraživanja pokazuju da u kliničkoj populaciji 14-70% adolescenata ima istovremeno NSSP i pokušaj suicida.

Postoci na koje treba obratiti pažnju (Srdanović-Maraš i Marković, 2017):

- 22% djevojaka i 9 % mladića ima suicidalnu ideaciju u opštoj populaciji
- 13-25% adolescenata u opštoj populaciji je sklono nesuicidalnom samopovređivanju
- 4-8% adolescenata u opštoj populaciji je imalo barem jedan pokušaj suicida
- U kliničkom uzorku 24-30% adolescenata je imalo barem jedan pokušaj suicida
- Globalno stopa suicida 14.5/100.000 (15-44god), milion godišnje
- 30-40 % suicida, prethodio im pokušaj suicida.

Adolescenti koji su u učestalim sukobima s roditeljima imaju 30% veću vjerojatnost za suicidalno ponašanje za razliku od onih koji nemaju takve probleme. Prosječno oko 5% adolescenata, koji se unutar 9 godina jednom ili više puta samopovređuju, pokušaju suicid. Adolescenti koji režu ručni zglob skloniji su suicidu od onih koji se režu po drugim mjestima (Dodig-Ćurković, 2013). Suicidalno ponašanje uključuje kontinuum od promišljanja o smrti, preko razmišljanja o suicidu i planiranja te do pokušaja i izvršenja. Misli o smrti dugo traju i frekventne su. Kod nesuicidalnog samopovređivanja prisutne su misli i želja da o se umanji nivo stresa, te misli su rijeđe i pojavljuju se u trajanju od 30 minuta na dan (Srdanović-Maraš i Marković, 2017). Značajan broj adolescenata koji imaju suicidalna promišljanja u dugoročnim praćenjima pokazuju statistički značajno veću učestalost psihičkih poremećaja, najviše depresije i nižu razinu psihosocijalnog funkcioniranja. Suicidalnost kod djece predstavlja tabu i za profesionalce i za obitelj. U pravilu 50% roditelja djece koja su pokušala samoubojstvo nisu znali ništa o tome dok 70% liječnika primarne zdravstvene zaštite ne postavlja pitanje o suicidalnosti (Đuretić, 2016). Nakon pokušaja suicida okruženje se suosjeća, pokazuje zabrinutost, dok kod nesuicidalnog samopovređivanja nakon pokušaja okruženje osjeća gađenje, strah, hostilnost. Nakon pokušaja suicida nema olakšanja, dok je kod nesuicidalnog samopovređivanja prisutno značajno olakšanje (Srdanović-Maraš i Marković, 2017). U kliničkoj populaciji adolescenata 14-

70% ima istovremeno nesuicidalno samopovređivanje i pokušaj suicida. Suicidalno ponašanje i nesuicidalno samopovređivanje su povezani: rizik za smrt od suicida je 100 puta viši kod samopovređujućih osoba u odnosu na opštu populaciju. Teorija veze nesuicidalnog samopovređivanja i pokušaja suicida (Joiner, 2005) ukazuje da letalno suicidalno ponašanje = želja da se umre od suicida + sposobnost da se sprovede letalna samopovreda. Sposobnost za samopovredu se stiče kroz habituaciju na fizičku, emocionalnu bol i strah. Do ove habituacije dolazi kroz repetitivne pokušaje suicida, rizična ponašanja i samopovređivanje. Teorija objašnjava povezanost (Srdanović-Maraš i Marković, 2017).

Neophodno je uzeti u obzir cijelu lepezu suicidalnih ponašanja koja su predhodila suicidu. Dva tipa takvih suicidalnih ponašanja, koja se često pojavljuju u istraživačkim radovima, jesu suicidalna ideacija i samopovređivanje. Suicidalna ideacija i samopovređivanje su od velikog značaja, upravo zbog toga što su najbolji prediktori izvršenog suicida (Moran i sur., 2012). Istraživanja pokazuju da 33.4% osoba koje izvještavaju o prisustvu suicidalne ideacije zapravo i prave suicidalne planove nakon određenog vremena, a da 33.9% osoba koje imaju plan izvrše samubistvo (Nock, Green, Hwang, 2013). Sa druge strane, u rasponu od četvrtine do polovine osoba koje izvrše suicid imaju u prethodnoj historiji iskustva samopovređivanja (Hawton, i James, 2005). Ovo ide u prilog saznanju da se suicid nikad ne dešava odjednom, već da je u pitanju proces. Iako većina samopovređivanja nije povezana sa suicidalnom namjerom, istraživanja pokazuju da su osobe koje se samopovređuju u sto puta većem riziku da izvrše suicid u odnosu na opštu populaciju. Zbog toga svako samopovređivanje zaslužuje pažnju i procjenu stručnjaka.

5. TRETMAN

Kod adolescenata koji imaju NSSP osnovni principi psihoterapije su: psihodijagnostika, uspostavljanje motivacije za tretmanom, psihoedukacija, identifikacija faktora koji su okidači ili su oni koji održavaju NSSP, razvijanje alternativnih vještina umjesto NSSP i strategija rješavanja konflikta (Čurčić, 2019). Oblici i funkcije samopovređujućeg ponašanja su vrlo različiti i individualni, promjenjivi tokom vremena i u različitim okolnostima. Međutim, prepoznati su obrasci međusobno povezanih psihopatoloških simptoma i sindroma, specifičnih individualnih karakterističnih obilježja i psihosocijalnih okolnosti u kojima se samopovređujuće ponašanje javlja

učestalije. Ono što nam je neophodno jeste da se prepoznaju trenutni obrasci kod konkretnog adolescenta, kako bi se planirao tretman u svim razinama, od procjene trenutnog, mogućeg rizika za pokušaj suicida do planiranja i provođenja prilagođenih oblika tretmana (npr. Individualna, grupna terapija, uključivanje roditelja i članova primarne porodice u tretman, psihofarmakoterapija,...). Detaljno poznavanje samopovređujućeg ponašanja svakog individualnog pacijenta može pomoći u prognostičkim procjenama toka i ishoda liječenja, kao i u planiranju aktivnosti koje su usmjerene ka sekundarnoj prevenciji. Praćenje stanja i funkcioniranja adolescenata sa samopovređujućim ponašanjem je zahtjevno zbog brzih i nepredvidivih promjena koje se mogu desiti u motivaciji i načinima samopovređivanja jer kriva procjena može dovesti do fatalnog ishoda (Tomic, 2015)

Psihodijagnostika se mora obaviti u slijedećim oblastima klijentovog života: interpersonalni problemi, socijalna i profesionalna oštećenja, zadovoljstvo životom, depresija i stres, prihvaćenost i akcija.

Ono što je najvažnije u tretmanu jeste motivacija osobe da potraži pomoć te da se podvrgne tretmanu. Najčešći razlog zbog čega se adolescenti ne javljaju za pomoć jeste snažan osjećaj krivnje i socijalna neprihvaćenost. Terapeut mora biti pažljiv u davanju odgovora klijentu. Ono što je veoma bitno jeste da terapeut uspostavi vezu sa klijentom u kojoj klijent osjeća razumijevanje i podršku, nije poželjno da terapeut pokaže nerazumijevanje i kritiku ovakvog ponašanja. Pristup terapeuta ne smije biti neposredan i autentičan i koji se neće „promijeniti“ ukoliko se klijent ponovo podvrgne samopovređivanju. Na kraju krajeva najveći broj učenja nastao je iz mnogo pokušaja i pogrešaka. Ako adolescent koji se samopovređuje osjeti da druga osoba može da razumije njegovo ponašanje, to će je/ga ohrabriti da povjeruje da je ta osoba spremna i sposobna da sasluša kako se osjeća onda kada o tome želi da razgovara. Ovo može biti početak zdravijeg načina suočavanja sa teškim osjećanjima.

Živimo u svijetu u kojem su mladi konstantno izloženi internetu i medijima, i samim tim najčešći dostupni izvori za adolescente su upravo ti. Mnogi adolescenti nemaju dovoljno znanja niti edukacije o samom problemu samopovređivanja, te s ciljem edukacije posežu YouTube, raznim forumima, filmovima te pridružuju se grupama koji isto to rade i gdje se osjećaju prihvaćeno. Međutim, takva neispravna edukacija i pravac u sticanju informacija mogu dovesti do novog samopovređivanja. Kada adolescent bude uključen u tretman, veoma je bitno da

psihoedukacija bude ponuđena od strane terapeuta, koja mora poteći iz terapijskog dijaloga i postavljanja otvorenih pitanja koja mogu dovesti do razumijevanja samog problema, i šta on sa sobom donosi. Znamo da je škola mjesto gdje adolescenti svakodnevno provode vrijeme, te su sa nastavnicima u bliskom kontaktu i oni su upravo ti koji često prvi koji primijete NSSP. Iz tog razloga, važno je da nastavnici kao i drugo osoblje u školi bude upoznato sa učestalošću NSSP kod adolescenata, metodama koje koriste da bi se povrijedili, te da razumiju moguće razloge za takvo ponašanje. Veoma je važno kako će nastavnici odreagovati na informaciju o NSSP, bitno je da zadrže smirenost, da ne osuđuju adolescenta te da pokažu zainteresovanost da pomognu učeniku koji se samopovređuje. Ovo može biti jedina prilika u kojoj je osoba odlučila da se povjeri nekome, zbog toga je ovo veoma specifična i bitna situacija (Čurčić, 2019).

Ono što bi svaka škola trebala imati jeste protokol o koracima kako postupati i šta učiniti u ovakvim situacijama, a sve u cilju da se zaštiti mlada osoba koja se samopovređuje. Ti protokoli trebaju da imaju dio koji se odnosi na procjenu mlade osobe, te u zavisnosti od procjene, da daljnje bude upućena kod stručnjaka (psiholog, psihijatar...). Procedura bi bila da se kontaktiraju roditelji, sve naravno uz dogovor i saradnju sa učenikom, koji će zajedno sa nastavnikom saopštiti roditeljima o NSSP-u. Roditelji se tada mogu osjećati šokirano te poricati pojavu, ljuto i frustrirano (laganje; čemu to?; van moje kontrole...), te mogu osjećati krivnju (nisam pružio/la ljubav, pažnju...). Ono što je bitno jeste da roditelji što prije razgovaraju sa djetetom o tome, da ne čekaju da „preraste“, da ostvare kontakt očima, da djecu slušaju prije nego što daju komentar, da razgovaraju mirnim glasom, da razmisle šta je njima bilo od pomoći kada su imali emotivni distress, te ako dijete ne želi da priča, ne treba ga pritiskati (Čurčić, 2019). Pojačan nadzor ili oduzimanje sredstava za samopovređivanje, kritika i osuda ne mogu spriječiti samopovređivanje. Često tada mladi pronalaze alternativne vidove samopovređivanja, rade to u tajnosti, ne žele više da pričaju na ovu temu pri čemu imaju osećaj gubitka kontrole i da im drugi oduzimaju odgovornost. Potrebno je da preventivni programi u školi koji su vezani za NSSP budu usmjereni na povećanje kapaciteta mladih da regulišu emocije te da promoviše strategije za prekidanje negativnih misli. Savjetuje se da se izbjegava objavljivanje o povećanoj učestalosti NSSP, te da se ne insistira na pitanjima koja su upućena učeniku tipa: Kako? Čime? Kada? Dio preventivnog programa jeste da se mladi informišu o potrebi da se u situaciji NSSP traži pomoć odrasle osobe, roditelja, nastavnika, profesionalca.

Kao primjeri dobre prakse navodi se i prezentacija organizacije „It’s Ok to Talk” u Indiji. Ono što je karakteristika ove prezentacije je to što obiluje primjerima iz prakse, promovise brigu o mentalnom zdravlju mladih i posebno se odnosi na destigmatizaciju, naglašavajući da je glavni korak u očuvanju mentalnog zdravlja taj da se mlada osoba s problemima obrati za pomoć, a ne da trpi, krije i stidi se svog problema. Najveći broj priloga se odnosi na depresiju mladih, kao i samopovređivanje (Milovančević, 2019).

Pored psihoedukacije ono što nam je bitno jeste identifikacija faktora koji iniciraju i održavaju NSSP. Prilikom tretmana faktori nastanka NSSP-a moraju se identifikovati i staviti pod kontrolu. Mnogo je načina kako se do ovoga može doći. Kreiranje „životne linije“ sa uključenim važnim pozitivnim i negativnim događajima u životu klijenta, identifikovanje sličnosti i specifičnosti reagovanja u navedenim događajima, autentičnost svakog doživljaja itd. Važno je naglasiti da se u terapiji vrijeme treba odvojiti za tugovanje ukoliko je identifikovan bilo koji faktor gubitka u životu klijenta. Razumijevanjem ovih faktora veća je mogućnost učenja novih uloga koje mogu pomoći kod sanacije NSSI-ja.

Učenje alternativnih strategija ponašanja kao i strategije rješavanja konflikta možemo svrstati u psihoedukaciju jer klijentu se objašnjava šta komunikacija jeste, te mu se prezentiraju njeni različiti tipovi. Neophodno je omogućiti adolescentu da uvježbava nove forme komunikacije, pogotovo u situacijama koje su za njega najstresnije (uticaj vršnjaka, konflikt sa roditeljima itd.). Najpoželjnije je da se to odvija u terapijskom okruženju, gdje se klijent osjeća sigurno da ispita različite uglove situacije, što kasnije može koristiti u svakodnevnom životu.

Ne postoji konsenzus o tome koja je najbolja terapijska intervencija iako postoji dovoljan broj dostupne literature o različitim formama psihoterapeutske intervencije suicidalnih pacijenata. Psihoterapija je široko primjenjena prilikom tretmana suicidalnih individua. Terapije koje su evaluirane u kontrolisanim ispitivanjima uključuju kognitivno-bihevioralne terapije kao što su terapija rješavanja problema, kognitivna terapija i terenske i intenzivne terapije. I drugi tretmani mogu biti korišteni kao što su trening socijalnih vještina, prepoznavanje i regulacija ljutnje i porodična terapija. Te u literaturi se spominje jedna od uspješnijih terapija da je dijalektičko-bihevioralna terapija (Fox i Hawton, 2004).

5.1. Terapija rješavanja problema

Terapija rješavanja problema postavlja hipotezu da suicidalno ponašanje nastaje uslijed toga što pojedincu nedostaju psihološki resursi da svoj problem riješe na neki drugi način. Pacijenti su ohrabreni da imaju aktivnu ulogu u identifikovanju i shvatanju svojih problema te da izrade i primijene prilagođena rješenja. Kao prvo, terapeut će pacijentu pomoći da definiše probleme kao i da identifikuje faktore koji doprinose stvaranju problema. Kako bi se razumjeli ti faktori, moglo bi biti korisno identifikovati događaje, misli, emocije i ponašanja koja su dovela do nedavnog neprilagođenog ponašanja (Fox i Hawton, 2004).

Terapeut će potom pomoći pacijentu da generiše rješenja za identifikovani problem. Moguća rješenja su generisana kroz brainstorming - kreiranje što je moguće više rješenja, koliko god čudna i ekstremna bila. Evaluacija rješenja će se sastojati od diskusije o njihovim ZA i PROTIV. Međutim, suicidalni pacijenti se često fokusiraju na potencijalno negativne rezultate alternativnih rješenja. Kako bi prevazišao ove predrasude, terapeut bi mogao naučiti pacijenta novim vještinama. Terapeut će podučiti pacijenta primjeni rješenja pomažući pacijentu da rješenja vježba kognitivno i bihevioralno. Ovo će omogućiti identifikaciju bilo kojeg problema koji bi mogao ometati primjenu nekog rješenja (Fox i Hawton, 2004).

5.2. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija korištena kod tretiranja suicidalnog ponašanja je primarno izvedena iz kognitivnih terapija koje su razvijene da bi se liječila depresija. Postulati kognitivno-bihevioralne terapije su da način na koji individua interpretira događaje i doživljava utiče na način na koji se oni osjećaju i ponašaju. Individue razvijaju automatske obrasce razmišljanja koji predstavljaju iskrivljenu sliku realnosti. Zauzvrat dolazi do aktiviranja neprilagođenog ponašanja suočavanja sa suicidalnim ponašanjem. Kognitivna iskrivljena slika koju je osoba razvila će se i dalje održavati zahvaljujući osnovnim pretpostavkama koje oni imaju o sebi samima, o svijetu i budućnosti.

Kognitivno-bihevioralni terapeut će prema tome pokušati promijeniti kognitivni sadržaj i procese kod individue kako bi promijenili njihovo suicidalno ponašanje i pridruženi afekt. Stvarno

korištene kognitivne tehnike su slične onima korištenim kod terapije rješavanja problema, međutim kognitivna terapija može uključivati i bihevioralne tehnike (Fox i Hawton, 2004).

5.3. Terenska i intenzivna terapija

Terenske i intenzivne terapije uključuju psihoterapeutske programe koji objedinjuju terenske komponente ili intenziviraju standardno ambulantno liječenje. Ove terapije koriste različite interventne terapije. Povećavanje intenziteta tretmana može podrazumijevati povećavanje trajanja i učestalosti terapijskih sesija kao i dodavanje nekih ekstra modaliteta, npr. individualna terapija plus porodična terapija. Terenska terapija se može pružiti putem telefona, pisama ili kućnih posjeta (Fox i Hawton, 2004).

5.4. Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina podrazumijeva podučavanje efektivnije komunikacije s ljudima s kojima adolescent ima naslaganje. Ovo se često radi kroz igranje uloga. Također, može biti korišteno da podstakne samopouzdanje i poveća povjerenje u socijalnim situacijama (Fox i Hawton, 2004).

5.5. Prepoznavanje i regulacija ljutnje

Svrha prepoznavanja i regulacije ljutnje je da se identifikuju i kontrolišu osjećaji ljutnje prije nego što eskaliraju u suicidalno ponašanje. I adolescenti i članovi njihovih porodica se podučavaju kako da prepoznaju znakove povećane napetosti. Kada adolescent dođe do "tačke bez povratka" također se razgovara jer postoji vjerovatnoća poremećaja ponašanja. Kako bi se to sprovelo koristi se "termometar osjećaja" na kojem se mapiraju te tačke. Jednom kad su znakovi povećane napetosti i "tačka bez povratka" identifikovane i mapirane na "termometru osjećaja" strategije za upravljanje osjećajima ljutnje mogu biti identifikovane i upotrijebljene gdje treba npr. privremeno povlačenje kako bi se riješila teška situacija (Fox i Hawton, 2004).

5.6. Farmakoterapija

Pitanja vezana za farmakoterapiju su brojna i proizilaze iz kliničkog istraživačkog iskustva u radu sa ovim pacijentima. Samoubilačko ponašanje može biti rezultat npr. interpersonalnih i porodičnih problema koji se nekritičnom upotrebom lijekova mogu dodati zakomplikovati, a ne riješiti. Također, postoji rizik da upotreba lijekova može dovesti do ponovnog pokušaja suicida. Iz tog razloga važno je razmotriti kada se donosi odluka o uključivanju farmakoterapije. Medikamentoznu terapiju trebalo bi se propisati samo ako samoubilačko ponašanje adolescenta je posljedica psihijatrijskog poremećaja koji se dokazano može liječiti tom terapijom. Takvim adolescentima uz medikamentoznu terapiju potrebno je obezbijediti i efikasnu psihoterapiju te pratiti efekte lijekova tokom pregleda i voditi računa o nuspojavama. U literaturi i u mnogim istraživanjima spominje se odnos rizik dobrobit kod upotrebe antidepresiva. Postojanje malog ali opipljivog dokaza o povećanju suicidalnosti povezane sa liječenjem antidepresivima mora biti stavljeno u širu perspektivu javnog zdravstva. Prilikom propisivanja antidepresiva treba imati na umu ne samo rizik od njegove upotrebe, veći samoubilački rizik adolescenata sa poremećajem raspoloženja koji ne uzimaju ove medikamente (Goldney, 2008).

Postoji nekoliko farmakoloških dokaza da određeni lijekovi daju dobre rezultate u smanjenju suicidalnog rizika implusivnosti kao i njegovog predznaka, a to su litijum, valproati i atipični neuroleptici. Istraživači izbjegavaju populaciju adolescenata i mladih zbog teškoće uključivanja u studije zbog brige od izvršenja samoubistva tokom njenog trajanja. Na drugoj strani isključivanje visokorizičnih mladih iz kliničkih istraživanja nije doprinijelo povećanju znanja na koji način najbolje liječiti ove pacijente. Iz tog razloga potrebno je unaprijediti etičke kriterijume kliničkih istraživanja koji će omogućiti uključivanje suicidalnih mladih u cilju njihovog boljeg i sveobuhvatnijeg liječenja. Nemoguće je sprovesti liječenje samo lijekovima, već cilj mora biti sazrijevanje ličnosti. Umjesto toga je potrebno kritičko, ali blagonaklono suočavanje sa samim sobom.

5.7. Dijalektičko-bihevioralna terapija

DBT predstavlja vrstu kognitivno-bihevioralne terapije koju je razvila Marše Linenhan sa svojim suradnicima krajem 80-ih i početkom 90-ih godina. DBT je izuzetno učinkovita u pomaganju ljudima kada ih obuzmu preplavljujuće emocije. Istraživanja pokazuju da DBT ojačava

sposobnost da se pojedinac nosi sa boli bez gubljenja kontrole ili posezanja ka destruktivnom ponašanju. Kada je adolescent preplavljen emocijama (koje djeluju kao negativni stimulus), samopovređivanje donosi trenutno oslobođenje. Pojedinac poseže takvom ponašanju kako bi se riješio bolnog osjećaja, i samim tim tako opravdava svoje ponašanje. Dakle, bihevioralni dio DBT-a odnosi se na kreiranje novog ponašanja koje može biti adekvatna „zdrava“ zamjena za prethodno iskustvo. Na kognitivnom nivou DBT pomaže u otkrivanju misli, uverenja i pretpostavki koje otežavaju život. Misli koje se mogu pojavljivati poput „moram da budem savršen u svemu“; „Ako se naljutim, ja sam užasna osoba“ te pomaže pojedincu da nauči različite načine razmišljanja koji će život učiniti podnošljivijim: „Ne treba da budem savršen u stvarima, da bi ljudima bilo stalo do mene“, „Svi se nekad naljute, to je normalna emocija“. Adolescenti koji sebe povređuju imaju veliki broj pogrešnih ili lažnih vjerovanja koji doprinose nagonu samopovređivanja. Česta kognitivna distorzija koju ovi klijenti poseduju je ta gdje oni smatraju da su „defektivni“ i „slabi“ (Hollander, 2008).

DBT uspješno pomaže kod emotivne disregulacije i uči načine kojima adolescent može zaustaviti NSSP. Također, utiče na autetični razvoj identiteta, uči načine za kontrolu impulsa i interpersonalne efektivnosti. Veliki dio ove psihoterapije odnosi se i na upotrebu mindfulnessa. Pored navedenog, psihoterapeut se može odlučiti i za dodatne terapije, kao što su porodična, grupna psihoterapija ili upotreba medikamenta. Pomak u terapiji je zabilježen kod upotrebe ekspresivnih terapija jer metodi (pokret, drama, umjetnost i sl.) značajno pomažu kod ekspresije emocija i represivnih mentalnih stanja. Naravno da bi terapeut mogao koristiti ove terapije, to zahtijeva edukaciju terapeuta iz određenih oblasti koje upotrebljava u svom radu.

DBT uključuje individualnu i grupnu terapiju, a uključuje razvoj četiri ključne vještine: mindfulness-a, interpersonalne efikasnosti, tolerancije distresa i emocionalne regulacije, vještine koje svako od nas može integrirati u svakodnevnom životu za osobni rast i razvoj.

- Tolerancija na stres-pomaže osobi da osjeća snažne emocije (npr. bijes) bez impulsivnog reagovanja, samopovređivanja ili korištenja ilegalnih substanci.
- Kontrola emocija-pomaže osobi da prepozna i kontroliše intenzitet emocija.
- Samosvjesnost-pomaže osobi u boljem upoznavanju sebe i svoje okoline.
- Funkcionalni interpersonalni odnosi-pomažu osobi u razrješavanju unutarašnjih konflikata i rješavanje konflikata sa okolinom.

Tretman treba trajati minimalno tri mjeseca za osobe koji se samopovređuju. Dijalektalno-bihevioralna terapija kombinira individualni i grupni pristup s ciljem smanjenja po život

„CalmHarm“ aplikacija pomaže mladim ljudima da bolje kontrolišu svoje emocije kao i da smanje potrebu za samopovređivanjem; takva vrsta podrške ostvaruje se putem aplikacije, a zasnovana je na principima dijalektičko-bihevioralne terapije (DBT-a). Ova aplikacija omogućava mladima da se suzdrže od samopovređivanja. Za ovu uslugu je neophodno obezbeđivanje pristupne šifre. Uz pomoć aplikacije prati se napredak i uočavaju se promjene (Pejović-Milovančević, 2019).

Važno je napomenuti da kada radimo sa mladom osobom koja se samopovređuje, terapijski ciljevi mogu biti raznoliki. Terapijski cilj jeste: prevencija eskalacije samopovređivanja, redukovanje štete nastale samopovređivanjem, redukovanje ili prestanak samopovređivanja, redukovanje ili prestanak drugih rizičnih ponašanja, poboljšanje socijalnog i radnog/školskog funkcionisanja, poboljšanje kvaliteta života, te poboljšanje drugih problema mentalnog zdravlja (Srdanović-Maraš, Marković, 2017). Prvi terapijski cilj nije nužno da osoba prestane sa samopovređujućim ponašanjem. Važno je napomenuti da kod nekih osoba samopovređivanje ima antisuicidalnu funkciju i da prerano “ukidanje” NSSP može dovesti do povećanja rizika za suicid. Neophodno je da se napravi procjena kapaciteta osobe i njene mreže podrške kako bi se definisao terapijski cilj koji je ostvariv.

6. ZAKLJUČAK

U adolescenciji, načini pronalaženja zadovoljstva, doživljaj biti voljen, doživljaj spolnog identiteta te nošenje sa raznim promjenama može biti težak zadatak. Kod nekih adolescenata period adolescencije teče normalnim razvojem, relativno skladno, dok kod nekih adolescenata može to biti stresan period, sa teškim problemima. Rad je koncipiran s ciljem da se odgovori na slijedeća pitanja: Samopovređivanje je „privatno“ ponašanje, koje se odvija u tajnosti, odnosno, koje se krije od drugih, o kojem se ne priča, i gdje se osobe rijetko obraćaju za pomoć, što čini ovu pojavu teško procjenjivom. Učestalost ove pojave nam pokazuje postotak mladih koji se obrate za stručnu pomoć i one koje završe u bolnici, dok ne znamo koliki je stvarni postotak adolescenata koji to privatno rade te ne završe u bolnici. Međutim, posljednjih godina svjedoci smo dramatičnog porasta problema samopovređivanja među mladima, gdje čak dva od deset adolescenata u uzrastu od 14-21 godine ima iskustvo namjernog samopovređivanja.

Ono što je stvarni razlog za samopovređivanja jeste čest osjećaj slabosti, zatočenosti ili bespomoćnosti. Taj osjećaj može nastati iz nesretnog iskustva iz prošlosti ili iz traumatičnog događaja kao i sadašnjih događaja koji mogu pridonijeti pojačanju već postojeće tjeskobe. Različiti faktori mogu utjecati na samopovređivanje te su u radu spomenuti oni koji se tiču društvenoga života, nasljeđa, mentalnoga stanja osobe, psiholoških karakteristika i odnosa unutar porodice. Samopovređivanje ima različite funkcije za adolescente, najčešća je ona u svrhu regulacije emocija. Također, razlozi za pojavu ovog ponašanja su mnogobrojni, jer nikad ne znamo šta može biti okidač nekoj osobi da posegne za takvim oblikom ponašanja. Razlozi zalaze od najranijeg djetinjstva koje može biti popraćeno porodičnim traumama, do danas gdje se samopovređivanje može posmatrati kao trend među mladima.

Glavna razlika je u namjeri oduzimanja života što znači da kod pokušaja suicida osoba svjesno ima namjeru da sebi oduzme život, a kod nesuicidalnog samopovređivanja ne postoji takva namjera. Osim toga, osobe koje pokušaju suicid korise teže oblike samodestruktivnog ponašanja s jasnim ugrožavanjem života, a s druge strane, kod NSSP prisutni su lakši oblici samodestruktivnog ponašanja koji ne ugrožavaju život.

Dosadašnja praksa pokazala je uspješnost prilikom primjene određenih terapija, od kojih su se pokazale uspješnim kognitivno-bihevioralne, naročito dijalektičko-bihevioralna i ostale

suplementarne terapije. Ono što se pokazalo ključnim u radu sa samopovređujućim osobama jeste edukacija koja je neophodna kako bi adolescent razumjeli da promjena ne može nastati preko noći i da tokom procesa moraju koristiti svoje sopstvene snage na koje se mogu osloniti u redukciji ili totalnoj apstinenciji od samopovređivanja. Literatura na ovu temu je oskudna, i relativno mali broj autora se bavi ovom problematikom, iako je ovo veoma bitna tema, o kojoj se treba pričati, pisati, i pogotov edukovati nastavničko osoblje.

7. LITERATURA

Allely, C. (2014). The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*, 14 (1), 13.

Berk, L. E. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Bradić, Z., Dukovac, V., Jahović, S., Marjanović, A. i Mičević, J. (2010). *Priručnik: Prevencija samoubistva i samoubilačkog ponašanja mladih*. Institut za mentalno zdravlje. Beograd.

Bradić, Z. i Lečić-Toševski, D. (2010). *Prevencija samoubisrva kod adolescenata*. Institut za mentalno zdravlje. Beograd.

Brown, G. K., Jeglic, E., Henriques, G. R. i Beck, A. T. (2006). *Cognitive therapy, cognition, and suicidal behavior*. *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*, 38(4), 369-374.

Brown, R. C. i Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 1-8.

Bunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M. i Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate selfharm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(7), 641- 649.

Chapman, A. L., Gratz, K. L. i Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 371-394.

Chowanec, G. D., Josephson, A. M., Coleman, C. i Davis, H. (1991). Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child I Adolescent Psychiatry*, 30(2), 202-207.

Claes, L., Vandereycken, W. i Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611-621.

Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Tehnička knjiga Goldenmarketing. Zagreb

- Čurčić, V. (2019). *Adolescencija, šansa, romansa i psihopatologija*. Dereta. Beograd.
- Duretić, K. (2016). *Agresivnost kod djece i adolescenata*. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež. Zagreb.
- Dodig-Čurković, K. (2010). *Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja*. Klinički odjel dječje i adolescentne psihijatrije. Osijek.
- Dodig, Čurković, K., Franić, T., Radić, J., Čurković, M., Grgić, M., Radić, M., Pivac, N., Mimica-Matanović, S., Delalle, M., Boričević Maršanić, V., Petek Erić, A., Benić, D., Kovač, V., Zebić, P. i Kralik, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek.
- Dodig-Čurković, K. (2017). Adolescentna kriza—kako je dijagnosticirati i liječiti?. *Medicus*, 26 (Psihijatrija danas), 223-227.
- DSM-5. (2013). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- Fairbairn, G. (1995). *Contemplating Suicide: The Language and Ethics of Self-Harm*. Routledge. London.
- Feldman, M. D. (1988). The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive psychiatry*, 29(3), 252-269.
- Fox, C. i Hawton, K. (2004). *Deliberate Self-Harm in Adolescence*. Jessica Kingsley Publishers. London.
- 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), 192-205.
- Glenn, C. R. i Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal selfinjury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67.
- Goldney RD. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K., James, A. i Viner, R. (2005). Suicide and deliberate self-harm in young people. *British Medical Journal* 330(7), 891-894.

Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E. i Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469.

Himber, J. (1994). Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 620.

Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L. i Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, 135(2), 496-509.

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.

Košutić, Ž., Munjiza, A. i Raković-Dobroslavić I. (2019). *Suicidalno ponašanje i samopovređivanje kod adolescenata: Perspektiva medija i društvenih mreža*. Institut za mentalno zdravlje. Beograd

Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *MEDICUS*, 2(18), 155-172.

Laye-Gindhu, A., i Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.

Linehan, M. M. (1993). Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY, US: *Guilford Press*.

Marković J. i Srdanović-Maraš J. (2017). *Edukacija: Samopovređivanje adolescenata-praktične smjernice za procjenu i terapijski rad*. Društvo psihologa. Brčko distrikt.

Mitić, M., Đukić-Dejanović, S., Krasić, D. i Ranković, M. (2011). Psihološko-bihevioralne karakteristike samopovređivanja adolescenata. *Engrami-časopis za kliničku psihijatriju psihologiju i granične discipline*, 33, 21-28.

Nock, M. K. (2010). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (2), 78-83.

Nock M, Green G.J., Hwang, I., McLaughlin, K., Sampson, N., Zaslavsky, M.A. i Ronald, C.K. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *American Medical Association*. 70(3):1-11.

Pejović, M. (2019). *Mogu li mediji biti prijatelji deci i mladim*. Institut za mentalno zdravlje. Beograd.

Portes, P.R., Sandhu, D.S. i Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: A psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. *Adolescence*, 37, 805-814.

Simić, M. (2010). Sampovređivanje kao emocionalna regulacija. U V. Čurčić (ur.). *Destruktivnost i autodestruktivnost mladih*, 81-88. Beograd: Žarko Albulj.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, 18(5), 531-554.

Tripković, M., Frančšković, T., Grgić, N., Ercegović, N., Graovac, M. i Zečević, I. (2013). Family factors associated with auto-aggressiveness in adolescents in Croatia. *Collegium antropologicum*, 37(4), 1081-1088.

Tomac, A. (2015). *Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja*. Specijalistički zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju Klinike za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta. Zagreb.

Winchel, R. M. i Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American journal of psychiatry*.