



Sveučilište u  
Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet  
Prevenicijska znanost i studij invaliditeta

Ljubica Paradžik

**DOPRINOS EMOCIONALNE REGULACIJE,  
OBITELJSKIH ČIMBENIKA I ODREDNICA  
IDENTITETA POJAŠNENJU  
AUTOAGRESIVNOG PONAŠANJA  
ADOLESCENATA**

Doktorski rad

Mentorice:

izv.prof.dr.sc. Miranda Novak

izv.prof.dr.sc. Vlatka Boričević Maršanić

Zagreb, 2024.



Sveučilište u  
Zagrebu

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences

Prevention Science and Disability Study

Ljubica Paradžik

**CONTRIBUTION OF EMOTIONAL  
REGULATION, FAMILY FACTORS AND  
IDENTITY DETERMINANTS TO  
CLARIFICATION OF SELF-AGGRESIVE  
BEHAVIOR OF ADOLESCENTS**

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisors:

Assoc. Prof. Miranda Novak, PhD and

Assoc. Prof. Vlatka Boričević Maršanić, PhD

Zagreb, 2024

## INFORMACIJE O MENTORIMA

### **Životopis i izdvojeni radovi izv.prof.dr.sc. Mirande Novak**

Miranda Novak je izvanredna profesorica na Odsjeku za poremećaje u ponašanju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu 2005. godine. Kao asistentica na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu zapošljava se 2008. godine. Na istom fakultetu upisuje i studij Prevenzijske znanosti: prevencija mentalnih, emocionalnih i ponašajnih problema i promocija mentalnog zdravlja gdje je i doktorirala 2013. godine. Aktivna je članica Laboratorija za prevencijska istraživanja te je uz kolegice iz Laboratorija 2018. godine dobitnica europske nagrade za postignuća u prevencijskoj znanosti „*Sloboda medal award*“ Europskog društva za prevencijska istraživanja. Tijekom 2022. godine zajedno s kolegicama iz Laboratorija za prevencijska istraživanja dobiva i nagradu Američkog udruženja za prevencijska istraživanja za doprinos prevencijskoj znanosti u polju međunarodne suradnje. Dodijeljena joj je *Fulbright Visiting Scholar* stipendija za akademsku godinu 2018./2019. te je tijekom 2019. godine šest mjeseci provela na University of Oregon, Eugene, Oregon, SAD, baveći se temom mentalnog zdravlja i dobrobiti adolescenata.

Nositeljica je i sunositeljica kolegija na preddiplomskom i diplomskom studiju socijalne pedagogije koji se odnose na psihologiju djetinjstva i adolescencije, temelje prevencijske znanosti, promicanje mentalnog zdravlja, prevenciju i medije, prevenciju internaliziranih problema i savjetovanje. Jedna je od nastavnica dokorskog studija Prevenzijska znanost i studij invaliditeta, smjer Prevenzijska znanost te nastavnica na specijalističkom studiju Dječja prava Pravnog fakulteta u Zagrebu. Njezini su istraživački interesi vezani uz područje pozitivnog razvoja i mentalnog zdravlja adolescenata, promicanje mentalnog zdravlja, razvoja preventivnih programa te politiku mentalnog zdravlja. U dosadašnjoj karijeri, bila je suradnica na 17 znanstveno-istraživačkih projekata, od toga 4 europska, jednom projektu koji je financiran od strane Hrvatske zaklade za znanost te jednom koji je financiran sredstvima Svjetske banke te UKF fonda. Od 2021. godine voditeljica je projekta „Testiranje 5C modela pozitivnog razvoja mladih: tradicionalno i digitalno mobilno mjerenje,“ financiranog uspostavom potporom Hrvatske zaklade za znanost. Sudjelovala je u više od 70 domaćih i međunarodnih konferencija te je mentorirala četrdesetak studenata diplomskog studija socijalne pedagogije. Aktivno doprinosi području mentalnog zdravlja i

stručnim aktivnostima, diplomirala je geštalt pristup psihoterapiji te je završila tri stupnja kognitivno-bihevioralne terapije. Aktivno radi u Odgojnom savjetovalištu Nastavno kliničkog centra Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te koordinira projekt Pukotine koji financira Ured Unicefa Hrvatska.

## Odabrane publikacije

- **Novak, M.,** Šutić, L., Gačal, H., Roviš, D., Mihić, J., & Maglica, T. (2023). Structural model of 5Cs of positive youth development in Croatia: relations with mental distress and mental well-being. *International Journal of Adolescence and Youth*, 28(1), 2227253.
- Šutić, L., & **Novak, M.** (2023). Daily Life Methods in Adolescence and Emerging Adulthood Studies in Croatia, Serbia, and Slovenia: A Scoping Review. *Youth*, 3(4), 1137-1149.
- **Novak, M.,** Maglica, T., & Radetic Paic, M. (2022). School, family, and peer predictors of adolescent alcohol and marijuana use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-11.
- Krnić, A., Šutić, L., & **Novak, M.** (2022). Uloga uključenosti u romantične odnose i relacijskoga samopoimanja u objašnjenju problema mentalnoga zdravlja mladih: Pilot-studija. *Psihologijske teme*, 31(3), 663-684.
- Mihić, J., Skinner, M., **Novak, M.,** Ferić, M., & Kranželić, V. (2022). The importance of family and school protective factors in preventing the risk behaviors of youth. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1630.
- **Novak, M.,** Parr, N. J., Ferić, M., Mihić, J., & Kranželić, V. (2020). Positive Youth Development in Croatia: School and Family Factors Associated With Mental Health of Croatian Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11: 61169.
- **Novak, M.,** Ferić, M., Kranželić, V., & Mihić, J. (2019). Konceptualni pristupi pozitivnom razvoju adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(2), 155-184.

**Životopis i izdvojeni radovi izv.prof. prim. dr.sc. Vlatke Boričević Maršanić, spec. psihijatar, subspec. dječje i adolescentne psihijatrije**

Vlatka Boričević Maršanić specijalist je psihijatrije i subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije zaposlena kao liječnik specijalist u Centru za djecu, adolescente i roditelje d.o.o. 1996. završila je Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Specijalistički ispit iz psihijatrije je položila 2002 godine. Status subspecijalista iz dječje i adolescentne psihijatrije priznat joj je 2014. godine te naslov primarijusa 2016. godine od strane Ministarstva zdravstva. Doktorirala na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 2011. godine te je 2012. godine dobila nagradu Dekana Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu za iznimnu znanstvenu produktivnost tijekom izrade doktorskog rada. 2017. godine izabrana je u znanstveno-nastavno zvanje naslovne docentice, a 2022. godine u znanstveno-nastavno zvanje naslovne izvanredne profesorice na Edukacijsko rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu na kojem je nositeljica predmeta Psihoterapija. Sudjeluje i u nastavi na Medicinskom fakultetu u Sveučilišta u Zagrebu te Medicinskom fakultetu u Sveučilišta u Osijeku. Od 2014. do 2018. godine obnašala je dužnost ravnateljice Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež u Zagrebu. 2023. godine izabrana je za dopredsjednicu Sekcije za dječju i adolescentnu psihijatriju Svjetske psihijatrijske asocijacije.

Aktivno je sudjelovala u više stručnih i znanstvenih domaćih (Twinning Project Ensuring optimal health care for people with mental health disorders (CRO MHD)

TF/HR/P3-M2-O3-0101, Twinning number: HR 14 IB SO 02 (2016-2017).

“Children and youth mental health care in Croatia”; Molekularna podloga i liječenje psihijatrijskih i stresom izazvanih poremećaja, voditeljica dr. Sc. Nela Pivac (MZOŠ, projekt broj 098-0982522-2455), Institut Ruđer Bošković) i međunarodnih projekata (International Media Activity Project, voditelj prof. Thomas M. Achenbach, University of Vermont, USA; FP7 EU projekt „Stvaranje poveznica i osnaživanje tranzicije iz dječje psihijatrijske skrbi prema psihijatrijskoj skrbi za odrasle“, MILESTONE HEALTH-F3-2013-602442, AIDA - Assessment of Identity Development in Adolescence, voditelj Prof. Klaus Schmeck, Child and Adolescent Psychiatric Hospital Psychiatric University Hospitals, Basel).

Redovito sudjeluje na kongresima, simpozijima i konferencijama u zemlji i inozemstvu iz područja dječje i adolescentne psihijatrije i mentalnog zdravlja djece i mladih. Autor je i koautor više izvornih znanstvenih i stručnih radova objavljenih u međunarodnoj i domaćoj literaturi te više poglavlja u sveučilišnim udžbenicima. Završila je edukaciju iz kognitivno-bihevioralne terapije s licencom EABCT.

**Odabrane publikacije:**

- **Boričević Maršanić, V.**, Silobrčić Radić, M., & Flander Tadić M. (2022). Trends in Adolescent Completed Suicide in Croatia for the Period of 2000 to 2020. *Psychiatria Danubina*, 34(4), 715-718. <https://doi.org/10.24869/psyd.2022.715>
- **Boričević Maršanić, V.**, Dobrović, N., Flander Tadić, M., & Buljan Flander, G. (2021). Double crisis in Croatia: earthquakes in the time of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(8), 1309-1313. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01785-8>
- Gregoric Kumperscak, H., Clausen, C., Anagnostopoulos, D., Barac Otasevic, Z., **Boricevic Marsanic, V.**, Burgic, M., Como, A., Nussbaum, L., Pejovic Milovancevic, M., Raleva, M., Sartorius, N., Shahini, M., Terziev, D., & Skokauskas, N. (2020). Child and adolescent psychiatry training and mental health care in Southeast Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 29–39. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01362-0>
- Skokauskas, N., Fung, D., Flaherty, L.T., von Klitzing, K., Pūras, D., Servili, C., Dua, T., Falissard, B., Vostanis, P., Moyano, M.B., Feldman, I., Ciaran, C., **Boričević Maršanić, V.**, Patton, G., Leventhal, B., & Guerrero, A. (2019). Shaping the future of child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 19. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0279-y>
- Paradžik, Lj., & **Boričević Maršanić, V.** (2019). Major Depressive Disorder in an Adolescent Girl Living with a Mother Who is Emotionally Unavailable. *Psychiatric Annals*, 49(1), 30-32. <https://doi.org/10.3928/00485713-20181129-01>

## ZAHVALE

*Zahvaljujem se mentoricama izv. prof. dr. sc. Mirandi Novak i izv. prof. dr. sc. Vlatki Boričević Maršanić,  
Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež za omogućavanje prikupljanja podataka na kliničkom uzorku, djeci i roditeljima koji su sudjelovali u istraživanju,  
svim svojim učiteljima i profesorima, kolegama i prijateljima,  
a najviše cijeloj obitelji,  
posebno Niki i Mariu!*

## SAŽETAK:

Autoagresivno ponašanje adolescenata predstavlja ozbiljan globalni problem te je povezano sa širokim područjem psihopatologije. Izravno autogresivno ponašanje dijeli se na nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO) i suicidalno ponašanje (koje uključuje ideje, nakane i pokušaje). Cilj ovog istraživanja bio je ispitati ulogu emocionalne regulacije, razvoja identiteta i obiteljskih čimbenika u autoagresivnom ponašanju kod adolescenata s problemima mentalnog zdravlja. U studiju je uključeno 100 sudionika, u dobi od 12 do 17 godina, 39 dječaka i 61 djevojčica. Sudionici su bili prvi put pregledani u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež od strane dječjeg psihijatra te im je postavljena dijagnoza mentalnog poremećaja. Pola sudionika je iskazivalo autoagresivno ponašanje, dok druga polovica nije. Podaci su prikupljeni nakon psihijatrijske procjene, te dobivene suglasnosti od djece i roditelja, metodom papir-olovka. Adolescenti su ispunjavali samoocjenjske upitnike, a roditelji sociodemografski upitnik. U istraživanju su korišteni instrumenti: Izvješće za mlade od 11 do 18 godina (YSR; Achenbach i Rescorola, 2001), Upitnik procjene razvoja identiteta u adolescenciji (AIDA; Goth i sur., 2012a), Upitnik procjene obitelji (FAD; Epstein i sur., 1983), Upitnik poteškoća emocionalne regulacije (DERS; Gratz i Roemer, 2004), Inventar namjernog samoozljeđivanja (DSHI; Gratz, 2001) te sociodemografski upitnik. Obrada podataka uključivala je deskriptivnu analizu, hijerarhijsku regresijsku analizu s testiranjem medijacijskih efekata te testiranje pristajanja modela pomoću SEM analize. Glavni nalazi ukazuju na značajan doprinos obiteljskog funkcioniranja i diskontinuiteta identiteta u objašnjenju pojave autoagresivnog ponašanja. Adolescenti koji su izvještavali o lošijem obiteljskom funkcioniranju, kao i oni s izraženijim diskontinuitetom identiteta iskazali su i više autoagresivnog ponašanja. Emocionalna regulacija se pokazala značajnim parcijalnim medijatorom u vezama obiteljskog funkcioniranja te diskontinuiteta identiteta i autoagresivnog ponašanja. U modelu u kojem su uključena sva tri čimbenika, funkcioniranje obitelji ostvaruje samo značajan direktan efekt na autoagresivno ponašanje, dok emocionalna regulacija postaje potpuni medijator u vezi između diskontinuiteta identiteta i autoagresivnog ponašanja. Teorijski model ima dobro pristajanje s podacima. Doprinos istraživanja se prvenstveno odnosi na razumijevanje korelata autoagresivnog ponašanja u sveobuhvatnom modelu kakav do sad nije ispitan.

**Ključne riječi:** autoagresivno ponašanje, nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO), suicid, obiteljsko funkcioniranje, identitet, emocionalna regulacija, adolescenti



## **PROŠIRENI SAŽETAK:**

### **Uvod**

Autoagresivno ponašanje adolescenata predstavlja ozbiljan globalni problem te je povezano sa širokim područjem psihopatologije. Izravno autoagresivno ponašanje dijeli se na nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO) i suicidalno ponašanje (koje uključuje ideje, planove i pokušaje). Neka recentnija istraživanja pokazuju da raspon globalne prevalencije NSSO ide do visokih 27% (Xiao i sur., 2022), suicidalnih ideja do 23%, a suicidalnih pokušaja do 16% (Van Meter i sur., 2023) u adolescentskoj populaciji, što ukazuje na ozbiljnost ovog problema. Najčešće spominjani rizični čimbenici uključuju sociodemografske čimbenike, obiteljske rizike, povijest zlostavljanja te psihologijske/psihijatrijske čimbenike. Neki autori povezuju poteškoće emocionalne regulacije s autoagresivnim ponašanjima adolescenata (Kranzler i sur., 2016) koje, u tom kontekstu, može poslužiti za izražavanje, validiranje ili reguliranje disforničnih osjećaja kao što su napetost, bol, ljutnja, depresija ili disocijacija (Nixon i sur., 2002). Također se i obiteljsko okruženje navodi kao jedan od najvažnijih prediktora sklonosti autoagresivnom ponašanju (Cassels i sur., 2018), ali i kao važan čimbenik u razvoju emocionalne regulacije (Morris i sur., 2007). Osim obiteljskog funkcioniranja i emocionalne regulacije, istraživanja pronalaze i važnu ulogu razvoja identiteta u pojavi autoagresivnog ponašanja na način da se oni koji imaju višu razinu konflikta identiteta više uključuju u NSSO (Toukhy i sur., 2022). Ipak, većina istraživanja izučava ove veze pojedinačno te u literaturi nedostaju sveobuhvatni modeli s većim brojem čimbenika istovremeno. Iz tog razloga, ovo istraživanje nastoji obuhvatiti sve navedene, relevantne čimbenike i istražiti njihove kompleksne veze s autoagresivnim ponašanjem adolescenata.

### **Cilj i problemi istraživanja**

Cilj istraživanja je bio ispitati ulogu emocionalne regulacije, razvoja identiteta i obiteljskih čimbenika u autoagresivnom ponašanju kod adolescenata s problemima mentalnog zdravlja. Istraživački problemi su bili: Utvrditi vrstu poteškoće mentalnog zdravlja kod adolescenata zaprimljenih na prvi pregled i prisutnost autoagresivnog ponašanja; utvrditi relativni doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata; utvrditi relativni doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata s i bez autoagresivnog ponašanja; Ispitati medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i

autoagresivnog ponašanja adolescenata te u odnosu identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata.

## **Metoda**

U istraživanju je sudjelovalo 100 sudionika, u dobi od 12 do 17 godina, od čega 39 dječaka i 61 djevojčica. Sudionici su bili prvi put pregledani u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež od strane dječjeg psihijatra te im je postavljena dijagnoza mentalnog poremećaja. Pola sudionika je iskazivalo autoagresivno ponašanje, dok druga polovica nije. Podaci su prikupljeni nakon psihijatrijske procjene, te dobivene suglasnosti od djece i roditelja, metodom papir-olovka. Adolescenti su ispunjavali samoocjenjske upitnike, a roditelji sociodemografski upitnik. U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti: Izvješće za mlade od 11 do 18 godina (YSR; Achenbach i Rescorola, 2001), Upitnik procjene razvoja identiteta u adolescenciji (AIDA; Goth i sur., 2012a), Upitnik procjene obitelji (FAD; Epstein i sur., 1983), Upitnik poteškoća emocionalne regulacije (DERS; Gratz i Roemer, 2004), Inventar namjernog samoozljeđivanja (DSHI; Gratz, 2001) te sociodemografski upitnik.

Obrada podataka uključivala je deskriptivnu analizu, hijerarhijsku regresijsku analizu s testiranjem medijacijskih efekata te testiranje pristajanja modela pomoću SEM analize.

## **Rezultati**

Istraživanjem je utvrđeno da većina sudionika ima dijagnoze emocionalnih poremećaja s početkom specifično u djetinjstvu. Sudionici koji iskazuju autoagresivno ponašanje imaju više rezultate na skalama anksioznosti i depresije, povučenosti te na tjelesnim i socijalnim teškoćama, problemima mišljenja, problemima pažnje, sklonosti kršenju pravila te agresivnom ponašanju. Nadalje, nalazi ukazuju na značajan doprinos obiteljskog funkcioniranja i diskontinuiteta identiteta u objašnjenju pojave autoagresivnog ponašanja. Adolescenti koji su izvještavali o lošijem obiteljskom funkcioniranju, kao i oni s izraženijim diskontinuitetom identiteta iskazali su i više autoagresivnog ponašanja. Emocionalna regulacija se pokazala značajnim parcijalnim medijatorom u vezama obiteljskog funkcioniranja te diskontinuiteta identiteta i autoagresivnog ponašanja. U modelu u kojem su uključena sva tri čimbenika, funkcioniranje obitelji ostvaruje samo značajan direktni efekt na autoagresivno ponašanje, dok emocionalna regulacija postaje potpuni medijator u vezi između diskontinuiteta identiteta i autoagresivnog ponašanja. Teorijski model ima dobro pristajanje s podacima.

## **Zaključak**

Istraživanje je pokazalo da sudionici koji su skloni autoagresivnom ponašanju često iskazuju i više razine drugih psihičkih teškoća. Također se potvrdila značajna uloga obiteljskog funkcioniranja i diskontinuiteta identiteta u predviđanju pojave autoagresivnog ponašanja, kao i medijacijski efekt emocionalne regulacije u ovim vezama. Ovakvi nalazi ukazuju na važnu ulogu obiteljskog funkcioniranja, diskontinuiteta identiteta i emocionalne regulacije u razvoju autoagresivnog ponašanja adolescenata te pružaju znanstveni doprinos, u formi boljeg razumijevanja kompleksnih međuodnosa ovih čimbenika. Osim znanstvenog doprinosa, nalazi pružaju i vrijedan praktični doprinos stvarajući temelj za razvoj efikasnijih programa prevencije autoagresivnog ponašanja.

**Ključne riječi:** *autoagresivno ponašanje, nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO), suicid, obiteljsko funkcioniranje, edentitet, emocionalna regulacija, adolescenti*

## **EXTENDED SUMMARY**

### **Introduction**

Autoaggressive behavior in adolescence is a serious global problem and is associated with a wide range of psychopathological problems. Direct autoggressive behavior it can be divided into non-suicidal self-harm (NSSI) and suicidal behavior (which includes suicidal ideas, plans and attempts). Recent studies show that the range of global NSSI prevalence, among adolescents, goes up to 27% (Xiao et al., 2022), suicidal ideas up to 23%, and suicidal attempts up to 16% (Van Meter et al., 2023). These numbers indicate the seriousness of the problem. The most common risk factors for autoaggressive behavior include sociodemographic factors, family factors, history of abuse, and psychological/psychiatric factors. Some authors found the correlation between the emotional dysregulation and autoaggressive behavior among adolescents (Kranzler et al., 2016). In that context, autoaggressive behavior can serve them to express, validate or regulate their dysphoric emotions such as stress, anger, depression, or dissociation (Nixon et al., 2002). Family is listed as one of the most important predictors of autoaggressive behavior (Cassels et al., 2018), but also as an important factor in development of emotional regulation (Morris et al., 2007). Besides family functioning and emotional regulation, researches have found that identity development also has an important role in displaying autoaggressive behavior in a way that adolescents with more conflicted identity have higher tendency towards NSSI (Toukhy et al., 2022). However, most studies explored these correlations with simple models, and more comprehensive models, that include more than one or two factors, are missing. For that reason, this research seeks to cover all these relevant factors, and investigate their complex correlations with autoaggressive behavior.

### **Aim and Research Problems**

The aim of this research was to investigate the role of emotional regulation, the development of identity, and family factors in autoaggressive behavior among adolescents with mental health problems.

The research problems were: to determine the type of mental health difficulties in examined adolescents as well as presence of autoaggressive behavior; to determine the relative contribution of the family functioning, family communication, and family affective reactions in the explanation of autoaggressive behavior among adolescents; to determine relative contribution of identity development in adolescents with and without autoaggressive behavior;

to explore the mediation effect of emotional regulation in the relationship between family factors and autoaggressive behavior as well as in the relationship between identity development and autoaggressive behavior.

## **Method**

100 participants were included in this study. Participants were 12 to 17 years old, 39 of them were boys, and 61 were girls. The participants were examined for the first time at the Psychiatric Hospital for Children and Youth by a child psychiatrist and were diagnosed with a mental disorder. Half of the participants displayed autoaggressive behavior, while the other half did not. The data were collected after a psychiatric assessment, and consent was obtained from the children and parents, using the paper-pencil method. Adolescents filled out self-assessment questionnaires, and parents a sociodemographic questionnaire. The following instruments were used in the survey: Youth Self Report (YSR; Achenbach and Rescorola, 2001), Assessment of Identity Development in Adolescence (AIDA; Goth et al., 2012a), Family Assessment Device (FAD; Epstein et al., 1983), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz and Roemer, 2004), Deliberate Self Harm Inventory (DSHI; Gratz, 2001) and a sociodemographic questionnaire. The adolescents filled up self report scales and parents answered the sociodemographic questionnaire. Data analyses included descriptive statistics, hierarchical regression analysis, with testing the mediation effects, and structural equation modelling (SEM).

## **Results**

Most of participants in this research were diagnosed with emotional disorders with the beginning specifically in childhood and other emotional disorders in childhood. Participants who displayed autoaggressive behavior had higher anxiety and depression scores, displayed more withdrawal symptoms, more physical and social disabilities, thinking problems, attention problems, tendency to violate rules, and more aggressive behavior. Furthermore, the findings indicate a significant contribution of family functioning and discontinuity of identity in explaining the appearance of autoaggressive behavior. Adolescents who reported poor family functioning, as well as those with a higher score on discontinuity of identity, have expressed more autoaggressive behavior. Emotional regulation has proven to be a significant partial mediator in the relationships between family functioning and autoaggressive behavior as well as discontinuity of identity and autoaggressive behavior. In a structural model, the family functioning had a significant direct effect on autoaggressive behavior, but was not mediated by

emotional regulation. However, relationship between discontinuity of identity and autoaggressive behavior was fully mediated by emotional regulation. The theoretical model had a good fit with observed data.

## **Conclusion**

This study has shown that participants, who are prone to autoaggressive behavior often express multiple levels of other psychological difficulties. A significant role of family functioning and discontinuity of identity in predicting autoaggressive behavior, as well as the mediation effect of emotional regulation in these relationships, was confirmed. Such findings indicate an important role of family functioning, discontinuity of identity and emotional regulation in the development of autoaggressive behavior among adolescents, and provide an important scientific contribution through better understanding of the complex relationships between these factors. In addition, the findings also provide a valuable practical contribution, creating the foundation for the development of more efficient prevention programs for autoaggressive behavior among adolescents.

**Keywords:** *autoaggressive behavior, Nonsuicidal self injury (NSSI), suicide, family functioning, identity, emotional regulation, adolescents*

**SADRŽAJ**

<b>1. UVOD</b> .....	1
1.1. Adolescencija .....	1
1.1.1. Adolescencija i mentalni poremećaji.....	2
1.2. Autoagresivno ponašanje .....	3
1.2.1. Definiranje namjernog samoozljeđivanja (DSH) i suicidalnog ponašanja.....	4
1.2.2. Epidemiologija samoozljeđujućeg ponašanja u svijetu .....	8
1.2.3. Epidemiologija samoozljeđujućeg ponašanja u Hrvatskoj.....	13
1.2.4. Rizični čimbenici i DSH.....	17
1.2.5. Rizični čimbenici i suicidalno ponašanje .....	18
1.2.6. DSH i drugi psihički poremećaji .....	19
1.3. Teorijska podloga u objašnjenju DSH i suicidalnog ponašanja .....	20
1.3.1. Teorije koje objašnjavaju DSH.....	20
1.3.2. Teorije koje objašnjavaju suicidalno ponašanje .....	29
1.4. Emocionalna regulacija .....	35
1.4.1. Emocionalna regulacija i autoagresivno ponašanje adolescenata .....	40
1.5. Obitelj i autoagresivno ponašanje adolescenata.....	41
1.6. Identitet.....	44
1.6.1. Identitet i autoagresivno ponašanje adolescenata.....	46
1.7. Klinička perspektiva.....	48
<b>2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA</b> .....	50
<b>3. METODA</b> .....	52
3.1. Sudionici.....	52
3.2. Postupak prikupljanja podataka .....	56
3.3. Mjerni instrumenti.....	57
3.4. Obrada podataka.....	71
<b>4. REZULTATI</b> .....	72
4.1. Teškoće mentalnog zdravlja.....	72
4.1.1. Teškoće mentalnog zdravlja na cijelom uzorku .....	72
4.1.2. Autoagresivno ponašanje.....	73
4.2. Relativni doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata .....	80

4.3. Relativni doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata sa i bez autoagresivnog ponašanja.....	82
4.4. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja adolescenata .....	83
4.5. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata .....	85
4.6. Provjera modela strukturalnim modeliranjem.....	87
<b>5. RASPRAVA.....</b>	<b>94</b>
5.1. Vrste poteškoća mentalnog zdravlja kod adolescenata zaprimljenih na prvi pregled i prisutnost autoagresivnog ponašanja.....	95
5.1.1. Dijagnoze mentalnih premećaja sudionika istraživanja .....	95
5.1.2. Autoagresivno ponašanje.....	96
5.1.3. Autoagresivno ponašanje i spol.....	99
5.2. Doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata .....	101
5.3. Doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata sa i bez autoagresivnog ponašanja .....	104
5.4. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja .....	107
5.5. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata .....	112
5.6. Testiranje strukturalnog modela medijatorskog efekta emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika te identiteta s autoagresivnim ponašanjem adolescenata ...	115
5.7. Završni osvrt.....	117
5.8. Ograničenja provedenog istraživanja i preporuke za buduća istraživanja .....	119
5.9. Znanstveni doprinos istraživanja.....	125
5.10. Praktični doprinos i praktične preporuke .....	126
<b>6. ZAKLJUČAK I VERIFIKACIJA HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>134</b>
<b>7. LITERATURA .....</b>	<b>137</b>
<b>8.ŽIVOTOPIS.....</b>	<b>172</b>
<b>9.PRILOZI.....</b>	<b>173</b>



**POPIS TABLICA:**

Tablica 1. Model četiri funkcije samoozljeđivanja (adaptirano prema Nock i Prinstein, 2004) .....	25
Tablica 2. Dijagnoze mentalnih poremećaja sudionika istraživanja prema MKB 10, ukupno i prema spolu.....	52
Tablica 3. Autoagresivno ponašanje na ukupnom uzorku i prema spolu .....	54
Tablica 4. Demografska struktura sudionika, ukupno i ovisno o prisutnosti autoagresivnog ponašanja, uz pripadajuće $\chi^2$ testove .....	55
Tablica 5. Medicinski status članova obitelji, psihomotorni razvoj sudionika, ukupno i ovisno o prisutnosti autoagresivnog ponašanja, uz pripadajuće $\chi^2$ testove.....	56
Tablica 6. Saturacije pojedinih čestica skale diskontinuiteta zajedničkim faktorom .....	61
Tablica 7. Saturacije pojedinih čestica skale skale inkoherencije zajedničkim faktorom .....	63
Tablica 8. Saturacije čestica dimenzijom FAD komunikacija.....	65
Tablica 9. Saturacije čestica dimenzijom FAD afektivna reakcija .....	66
Tablica 10. Faktorska analiza FAD funkcioniranje .....	67
Tablica 11. Faktorska struktura DERS skale .....	69
Tablica 12. Broj sudionika čije vrijednosti na YSR skali prelaze vrijednost za graničnu i kliničku sliku na navedenim mentalnim problemima.....	72
Tablica 13. Prosječne vrijednosti na dimenzijama YSR skale te razlike u njima između sudionika koji pribjegavaju autoagresivnom ponašanju i onih bez autoagresivnog ponašanja .....	73
Tablica 14. Vrste samoozljeđivanja ovisno o spolu i dobi .....	74
Tablica 15. Učestalost pojedinih načina samoozljeđivanja na ukupnom uzorku i ovisno o spolu .....	76
Tablica 16. Učestalost pojedinih načina samoozljeđivanja ovisno o dobi.....	77
Tablica 17. Broj korištenih metoda samoozljeđivanja prema spolu i dobi.....	78
Tablica 18. Deskriptivni pokazatelji korištenih skala - cijeli uzorak (N=100).....	79
Tablica 19. Korelacijska matrica .....	80
Tablica 20. Doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata...81	
Tablica 21. Doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata sa i bez autoagresivnog ponašanja.....	82

Tablica 22. Doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, u objašnjenju emocionalne regulacije kod adolescenata .....	83
Tablica 23. Medijacijska uloga emocionalne regulacije u vezi između ukupnog obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja.....	84
Tablica 24. Doprinos razvoja identiteta (diskontinuiteta i inkoherencije) u objašnjenju ukupne emocionalne regulacije kod adolescenata.....	85
Tablica 25. Medijacijska uloga emocionalne regulacije u vezi između razvoja identiteta (diskontinuiteta i inkoherencije) i autoagresivnog ponašanja.....	86
Tablica 26. Interkorelacije između uključenih latentnih varijabli .....	89
Tablica 27. Pristajanje mjernog modela.....	90
Tablica 28. Pristajanje strukturalnog modela.....	92
Tablica 29. Direktni, indirektni i totalni efekti .....	92

**POPIS SLIKA:**

Slika 1. Iskustveni izbjegavajući model DSH (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Chapman, Gratz i Brown, 2006) .....	27
Slika 2. Integrativni teorijski model razvoja i održavanja samo-ozljeđivanja (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Nock 2009). .....	29
Slika 3. prikazuje Interpersonalnu teoriju suicida (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Van Orden i sur., 2010) .....	33
Slika 4. Integrativni motivacijsko-voljni model suicida (adaptirano, preuzeto i prevedeno iz O'Connor i Kirtley, 2018) .....	34
Slika 5. Trostruki model utjecaja obitelji na dječju emocionalnu regulaciju i prilagodbu (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Morris i sur., 2007).....	39
Slika 6. Scree plot – AIDA diskontinuitet.....	60
Slika 7. Scree plot – AIDA inkoherencija .....	62
Slika 8. Scree plot – FAD komunikacija .....	64
Slika 9. Scree plot – FAD afektivna reakcija.....	65
Slika 10. Scree plot – FAD funkcioniranje .....	66
Slika 11. Scree plot – DERS .....	68
Slika 12. Usporedba muških i ženskih sudionika kada su u pitanju određeni načini samoozljeđivanja.....	75
Slika 13. Mjerni model .....	88
Slika 14. Strukturalni model .....	91

## 1. UVOD

### 1.1. Adolescencija

Adolescencija je razvojna faza u životu pojedinca koja povezuje djetinjstvo i ranu odraslu dob te obuhvaća vremensko razdoblje približno između 10. i 22. godine života (Nurmi, 2001). Prema nekim istraživanjima adolescencija traje i do 25 godine života (Semple i sur., 2005).

Psiholog Hall (1904) je početkom XX. stoljeća opisao adolescenciju kao posebnu razvojnu fazu te je nazvao razdobljem „bure i oluje“. Kroz vrijeme se stajalište koje naglašava utjecaj bioloških promjena na ponašanje adolescenata mijenjalo te se danas smatra kako su psihološke promjene u adolescenciji uzrokovane zajedničkim djelovanjem bioloških, socijalnih i kulturalnih sila (Berk, 2008).

Adolescencija se opisuje kao razdoblje dinamičnog razvoja, obuhvaća brojne promjene i učenja uz stjecanje sposobnosti prilagodbe te tijekom navedenog razdoblja razvoj osobe može ići u negativnom ali i pozitivnom smjeru (Dahl i sur., 2018). Navode se tri faze: rana adolescencija (između 11 i 13 godine), srednja (14 do 17 godine) i kasna adolescencija ili mlada odrasla dob (18 do 25 godine) (Curtis, 2015).

Faze adolescencije karakterizirane su biološkim, psihološkim i socijalnim promjenama. Tijekom rane adolescencije biološke promjene u vidu rasta i sazrijevanja tijela (rast, sazrijevanje gonada, razvoj sekundarnih spolnih karakteristika) praćena su psihološkim koje uključuju rane moralne koncepte, formiranje seksualnog identiteta, konkretno razmišljanje kao i socijalnim karakteristikama u vidu separacije od roditelja, bliskijim odnosima s vršnjacima, identifikacijama s vršnjacima te ranim istraživačkim ponašanjem (na primjer pušenjem) (Christie i Viner, 2005; Dahl i sur., 2018; Patton i Viner, 2007).

Srednja adolescencija predstavlja razdoblje nastavka biološkog sazrijevanja (npr. menarhe kod djevojčica, početak naglog rasta kod dječaka) uz psihološko sazrijevanje u vidu apstraktnog mišljenja, boljih verbalnih sposobnosti, interesa za ideologije, uz nastavak socijalnog sazrijevanja kroz emocionalnu separaciju od roditelja, sve veću identifikaciju s vršnjacima i potrebu ulaganje u socijale interakcije kako bi bolje upoznali sebe (Christie i Viner, 2005).

U kasnoj adolescenciji najznačajnije promjene uključuju kompleksno apstraktno razmišljanje, bolju kontrolu impulsa, razvoj i konsolidaciju identiteta, kapacitet za intimne odnose, razvoj socijalne autonomije i financijske neovisnosti. Adolescenti sebe počinju

doživljavati kompletnim osobama, sve više prevladava princip stvarnosti nad zadovoljstvom (Christie i Viner, 2005).

Adolescencija ima brojne razvojne zadaće što uključuje postizanje muške ili ženske uloge, emocionalne neovisnosti od roditelja i drugih odraslih osoba te stjecanje novih i zrelijih odnosa s drugima. Kada je adolescentni razvoj uspješan, rezultat je zreli pojedinac koji je sposoban stvoriti bliske odnose te ima kognitivne i psihološke resurse kako bi se suočio s izazovima života odraslih (Hazen i sur., 2008). Uz postizanje biološkog i spolnog sazrijevanja, uspostavljanja intimnih odnosa i razvoj osobnog identiteta izazovi adolescencije uključuju i sposobnost biti samostalan u kontekstu sociokulturne sredine (Christie i Viner, 2005).

### 1.1.1. Adolescencija i mentalni poremećaji

Razdoblje adolescencije obilježeno je razvojnim zadacima i intenzivnim promjenama u kojima se teži samostalnosti, postiže veća neovisnost o roditeljima, uspostavljaju se odnosi s drugima i vršnjacima (Christie i Viner, 2005; Hazen i sur., 2008), ali je također i razdoblje biopsihosocijalnih rizika, obilježeno rizikom pojave niza emocionalnih i bihevioralnih poremećaja, kao što je depresija, zlouporaba psihoaktivnih tvari, nasilno ponašanje (Steinberg, 2005).

Prema podacima UNICEF-a (eng. *United Nations International Children's Emergency Fund*) (2021) prevalencija mentalnih poremećaja za dječake i djevojčice dobi između 10 i 19 godina globalno iznosi više od 13% (13,8% za djevojčice i 12,5% za dječake. U navedenoj dobnoj skupini, u 2019. godini anksiozni i depresivni poremećaji čine oko 42,9% psihičkih poremećaja, a potom slijede poremećaji ponašanja (20,1%), poremećaj hiperaktivnosti i pažnje (19,5%), idiopatsko razvojno intelektualno oštećenje (14,9%) te preostali mentalni poremećaji (9,5%) (UNICEF, 2021).

Svjetska zdravstvena organizacija, SZO (eng. *World Health Organization, WHO*) (2021) navodi također da jedno od sedmero djece dobi 10. do 19. godina ima iskustvo mentalnog poremećaja, pritom su depresija, anksioznost i poremećaji ponašanja među vodećim uzrocima bolesti kod adolescenata. Shorey i sur. (2022), u svojoj metaanalizi pokazuju da je prevalencija depresivnih simptoma među adolescentima porasla s 24% na 37% u periodu od 10 godina (od 2011. do 2020.), te navode da su najveće prevalencije pronađene na Bliskom istoku, Africi i Aziji te se općenito pokazalo da adolescentice imaju više prevalencije depresivnih simptoma od adolescenata.

Nekoliko ranije provedenih studija je utvrdilo prevalenciju psihičkih poremećaja sa izraženom punom kliničkom slikom među adolescentima. Prema metaanalizi Ihle i Esser (2002) za ranije razdoblje između 1970. i 2000. godine prosječna prevalencija mentalnih poremećaja među adolescentima je 18% (6,8–37,4%). Njemačka studija BELLA provedena je kao jedan od četiri modula veće studije. Studija je krossekcijska, uz 2 naknadna praćenja unutar 2 godine. Podaci su prikupljeni, prvi put između 2003. i 2006. godine, drugi put nakon godinu dana, između 2004. i 2007. te treći put između 2005. i 2008. godine. Rezultati su pokazali da je 21,9% djece i adolescenata imalo probleme mentalnog zdravlja (Ravens-Sieberer i Kurth, 2008; Ravens-Sieberer i sur., 2007). Problemi mentalnog zdravlja koji započinju u adolescenciji perzistiraju do odrasle dobi (Ihle i Esser, 2002; Philipp i sur., 2018), a Steinhausen (2013) navodi da čak jedna trećina mentalnih poremećaja manifestiranih u adolescenciji nastavlja i u odrasloj dobi (Steinhausen, 2013; Philipp i sur, 2018).

## 1.2. Autoagresivno ponašanje

Ozbiljan problem tijekom adolescencije predstavljaju **samoozljeđujuća ponašanja**. Autoagresivna ponašanja pojavljuju se u širokom rasponu, od otvorenog, izravnog samoozljeđivanja to jest direktne autoagresije, do indirektnog oblika autoagresije u kojem se ne nanosi ozljeda i šteta direktno tkivu ali se nanosi neizravna šteta tijelu/osobi (poremećaji hranjenja, zlouporaba psihoaktivnih tvari, neuzimanje lijekova i slično). Brojna istraživanja kao i iskustva stručnjaka u radu s djecom i mladima upućuju na veliki problem vezano za autoagresiju kod adolescenata. U adolescenciji autoagresija uključuje sve navedeno, odnosno niz pojava i ponašanja, od namjernog samoozljeđivanja (eng. *deliberate self-harm*, DSH), do suicidalnog ponašanja (suicidalnih misli i suicidalnih pokušaja); do indirektnog autoagresivnog ponašanja kao što je auto-desruktivno ponašanje vezano za hranu (u vidu anoreksije, bulimije) i zlouporabe psihoaktivnih tvari (Rutter i sur., 2008; Tripković i sur, 2013).

Izravna autoagresivna ponašanja su ozbiljan i značajan problem u adolescenciji te mogu uključivati:

- a) nesuicidalna samoozljeđivanja (NSSO), odnosi se na ponašanje bez suicidalne nakane (Gandhi i sur., 2015), te
- b) suicidalna ponašanja - uključuje suicidalne ideje, planove, pokušaj suicida i suicid (McKinnon i sur., 2016).

Obzirom da autoagresivno i samoozljeđujuće ponašanje kod adolescenata može obuhvatiti mnogo različitih oblika, odnosno manifestirati se u različitim oblicima važno je operacionalizirati ono što će biti područje istraživanja. U ovom doktorskom istraživanju, kada se navodi sintagma autoagresivno ponašanje, podrazumjevat će se izravna autoagresivnost, odnosno nesuicidalna samoozljeđivanja kao i suicidalna ponašanja.

### 1.2.1. Definiranje namjernog samoozljeđivanja (DSH) i suicidalnog ponašanja

Postoji niz različitih definicija i termina vezano za izravno autoagresivno ponašanje, odnosno autodestruktivno (samoozljeđujuće) ponašanje. O namjernom samoozljeđujućem ponašanju i terminu DSH se govori već preko osamdesetak godina, od kada je 1935. godine K. A. Menninger (1935) prvi opisao “*wrist-cutting syndrome*”, odnosno „sindrom rezanja zapešća“. Od tada postoji cijeli niz naziva za samoozljeđivanje kao na primjer, samoosakaćivanje (Nock i Prinstein, 2004), samoozljeđujuće ponašanje (L. Taylor i sur., 2011), namjerno samoozljeđivanje (DSH) (Gratz i sur., 2012) i drugi. Klonsky i Glenn (2008) te Nock i Mendes (2008) namjerna, autodestruktivna ponašanja spram tjelesnog tkiva ali bez suicidalne nakane nazivaju nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO). U suvremeno doba se najviše koriste pojmovi/izrazi DSH i NSSO.

**Termin DSH** - namjerno samoozljeđivanje/namjerno samoozljeđujuće ponašanje se češće koristi u Europi i Australiji dok se termin NSSO - nesuicidalno samoozljeđivanje koristi u Kanadi i Sjedinjenim Američkim državama, pri čemu prvi termin (DSH) označava samoozljeđivanje sa ili bez suicidalne nakane, ali bez fatalnog ishoda (Madge i sur., 2008), a drugi (NSSO) označava namjerno samoozljeđivanje, ali je isključena suicidalna nakana, to jest suicidalna nakana nije prisutna (Nock, 2010). Obzirom na preklapanje ova dva termina, na osnovu pregleda 52 istraživanja iz cijelog svijeta nije nađena statistički značajna razlika u prevalenciji DSH i NSSO (Muehlenkamp i sur., 2012a). Izravna autoagresivna ponašanja uključuju i namjerna samoozljeđivanja i suicidalna ponašanja.

Namjerno samoozljeđivanje osim što je definirano kao oblik samoozljeđivanja, također je i konceptualizirano kao krovni pojam koji uz nesuicidalno samoozljeđivanje uključuje i pokušaje suicida te suicid (Jacobson i sur., 2008). Važno je naglasiti da je za ovaj rad kada se govori o izravnom autoagresivnom, samoozljeđujućem ponašanju, najbliži termin namjerno samoozljeđujuće ponašanje (DSH) koja opisuje svako štetno ponašanje usmjereno prema sebi bez obzira na prisutnu ili odsutnu suicidalnu nakanu (Madge i sur., 2008).

I namjerno samoozljeđivanje i suicidalno ponašanje veliki su javnozdravstveni problem, povezani sa širokim područjem psihopatologije, poteškoćama u ponašajnom dijelu kao i lošim sveukupnim funkcioniranjem, te često vode lošim ishodima. No, i uz povezanost i sličnost, postoje i razlike između samoozljeđivanja i suicida (Nock i sur., 2006).

**Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO, eng. *Nonsuicidal self-injury/NSSI*)** se definira kao namjerno ozljeđivanje vlastitog tijela bez svjesne suicidalne nakane koje rezultira oštećenjem tkiva, a uključuje rezanje, spaljivanje kože, udaranje samog sebe, udaranje u tvrde predmete i slično (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5; 2013*, prema Američkom psihijatrijskom udruženju, APA / eng. *American Psychiatric Association, 2013*).

Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO) razmatra tri primarna tipa: misli o samoozljeđivanju (pojedinci razmišljaju, imaju misli o samoozljeđivanju i proučavaju o procesu samoozljeđivanja), suicidalne prijetnje i geste (označava pojedince koji navode druge osobe da pomisle kako imaju nakanu umrijeti iako im to uopće nije stvarna namjera) i počinjeno samoozljeđivanje. Već počinjeno samoozljeđivanje može biti blago, srednje te ozbiljno. Blago samoozljeđivanje je obilježeno niskom frekvencijom i oziljnosti ozljede, srednje većom frekvencijom i ozbiljnosti samoozljeđivanja, na primjer samoozljeđivanje je takvo da može zahtjevati i liječničku obradu, a radi samoozljeđivanja su zadobivene rane, dok je ozbiljno samoozljeđivanje karakterizirano ozbiljnim i teškim ozljedama uz posljedična oštećenja, te jako učestalim samoozljeđivanjem (Nock, 2010).

Obzirom na pojavnost i sve veću učestalost samoozljeđivanja u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, DSM-5 (eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*) Američkog psihijatrijskog udruženja iz 2013. godine u poglavlju Stanja za daljnja istraživanja opisani su kriteriji koje je potrebno zadovoljiti za kategoriju Nesuicidalna samoozljeđivanja. Potrebno je da je osoba zadnjih godinu dana sudjelovala 5 ili više dana u namjernom samoozljeđivanju po površini vlastitog tijela na način da su nastale modrice, bol, krvarenje, uz napomenu da je došlo do manjeg ili umjerenog oštećenja tijela (osoba koja je sebi nanosila ozljede navodi da nije imala suicidalne namjere ili se to može zaključiti obzirom da osoba ponavlja ponašanja za koje zna ili je naučila da neće za posljedicu imati smrtni ishod). Osoba vrši samoozljeđivanje očekujući da će posljedično doživjeti olakšanje od emocionalnog ili kognitivnog stanja, razrješenje određene interpersonalne teškoće ili postizanje nekog pozitivnog emocionalnog stanja. Do posljedičnog željenog olakšanja dolazi tijekom samog procesa samoozljeđivanja ili ubrzo nakon



samoozljeđivanja, te osoba može iskazivati obrazce ponašanja koji upućuju na ovisnost o ponavljanom samoozljeđivanju. Samoozljeđivanje je povezano s najmanje jednim od sljedećeg: teškoće u međuljudskim odnosima, negativne emocije ili misli kao na primjer tjeskoba, ljutnja, opća patnja koji su prisutni pred sam čin samoozljeđivanja; osoba teško može kontrolirati ponašanje kojim je zaokupljena; osoba često razmišlja o samoozljeđivanju čak i kada ne poduzima samoozljeđivanje. Ovo ponašanje ne uključuje i ne odnosi se na ona ponašanja koja su socijalno prihvatljiva (kao na primjer tetoviranje, piercing) i nije ograničeno na trganje krasta i/ili grizenje noktiju. Samoozljeđivanje te njegove posljedice dovode do klinički značajne patnje, te utječe na školsko funkcioniranje, međuljudske odnose ili na druga važna područja funkcioniranja. Ponašanje se ne pojavljuje isključivo kao dio psihotične epizode, ne označava ponašanje koje se događa uslijed intoksikacije psihoaktivnim tvarima ili je dio sindroma sustezanja od psihoaktivne tvari, također nije oblik ponavljajućih stereotipija u okviru neurorazvojnih poremećaja (na primjer autizma, intelektualnih zaostajanja) (DSM-5, 2013; prema APA, 2013). Vezano za dijagnostička obilježja kod nesuicidalnog samoozljeđivanja važno je ponavljajuće nanošenje plitkih i površnih ozljeda po površini tijela, osoba želi smanjiti napetost ili slične negativne emocije, i/ili riješiti interpersonalnu teškoću. Tijekom samog samoozljeđivanja ili neposredno nakon dolazi do olakšanja, kada se ponašanje često događa može biti povezano sa žudnjom i pokazivati obrazac ponašanja sličan ovisnosti. Ukoliko se nesuicidalno samoozljeđivanje provodi na više različitih načina povezano je sa težom psihopatologijom, uključujući i provedbu suicidalnih pokušaja (DSM-5, 2013; prema APA, 2013).

**Suicid** ili samoubojstvo autoagresivan je čin s fatalnim ishodom, to jest završava oduzimanjem vlastitog života. Složen je psihopatološki entitet te značajan javnozdravstveni problem globalnih dimezija (Brečić, 2017). Suicidalno ponašanje zbog svoje složenosti teško se može obuhvatiti i objasniti pojedinim definicijama te u dimenzionalnom spektru može obuhvaćati nediferencirana ponašanja kao što su nesuicidalna samoranjavanja preko suicidalnih ideacija (aktivnih, pasivnih) te suicidalnih ponašanja s jasnom namjerom (Posner i sur., 2007; Brečić, 2017). Obzirom na kompleksnost i poteškoće u dihotomiziranju na „suicidalnost – nesuicidalnost“ mnogi autori su dali doprinos u definiranju i klasifikaciji suicida. Jedan od najpoznatijih klasifikacijskih algoritama za suicidalnost je takozvani C-CASA (*Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment*) koji koristi definicije suicidalnosti izvedene iz empirijskih nalaza o fenomenologiji suicidalnosti i identificiranih prediktivnih i rizičnih čimbenika (Posner i sur., 2007).

C-CASA ima osam kategorija koje razlikuju suicidalne događaje od nesuicidnih i neodređenih suicidalnih događaja ili potencijalno suicidalnih događaja:

1. počinjeni suicid (uključuje samoozljeđujuće ponašanje, pritom je postojala namjera da dođe do smrtnog ishoda, navedeno ponašanje je rezultiralo smrtnim ishodom);
2. pokušaj suicida (samoozljeđujuće ponašanje koje može i ne mora rezultirati suicidom, postoji dokazana namjera da se oduzme vlastiti život);
3. pripremne aktivnosti za pokušaj suicida (poduzete pripremne radnje u svrhu oduzimanja vlastitog života, a od strane sebe ili drugih osoba pokušaj se zaustavlja);
4. suicidalne ideacije (pasivne misli o želji za vlastitom smrću ili aktivne misli o oduzimanju vlastitog života a pritom te misli ne prate pripremne aktivnosti);
5. nesuicidalni događaji – samoozljeđujuće ponašanje, bez suicidalnih namjera; samoozljeđujuće ponašanje kao što je rezanje, udaranje i slično koje ima funkciju doživljaja olakšanja ili funkciju utjecaja na druge ili na okolinu;
6. ostalo, nema namjernog samoozljeđivanja – događaj koji je opisan kao slučajna ozljeda ili samo kao medicinski simptom, psihijatrijski ili ponašajni simptom, o suicidalnosti ili namjernom samoozljeđujućem ponašanju nema dokaza.
7. neodređeni ili potencijalno suicidalni događaji – samoozljeđujuće ponašanje, suicidalna namjera nepoznata (postoji samoozljeđujuće ponašanje u kojem nije poznata ili se ne može zaključiti povezanost sa namjerom smrti). Ozljeda ili mogućnost ozljede je jasna, ne postoji jasnoća o razlozima uključivanja osobe u takvo ponašanje;
8. nema dovoljno informacija – ne raspolaže se s dovoljno informacija na osnovu kojih bi se odredilo je li događaj uključivao namjerno suicidalno ponašanje ili ideje. Za mogućnost suicidalnosti postoji razlog za sumnju, ali nedovoljan da se uvjerimo da događaj nije bio nešto drugo, na primjer nesreća ili psihijatrijski simptom (Posner i sur., 2007).

Prve četiri kategorije prema C-CASA se odnose na suicidalno ponašanje. Prema Nocku (2010) fenomen suicida razmatra suicidalne ideje, suicidalni plan i suicidalni pokušaj. Suicidalne ideje označavaju postojanje misli o samoubojstvu, suicidalni plan uključuje razmatranje određene metode kojom bi se napravio suicid, a suicidalni pokušaj podrazumjeva uključivanje u potencijalno samoozljeđujuće ponašanje svrha kojeg je da osoba umre (Nock, 2010). Suicidalno ponašanje prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji uključuje ideje (razmišljanje o samoubojstvu), planiranje samoubojstva, pokušaj samoubojstva i samoubojstvo (McKinnon i sur., 2016).

### 1.2.2. Epidemiologija samoozljeđujućeg ponašanja u svijetu

**Prevalencija DSH** odnosno namjerno samoozljeđujućeg ponašanja je različita u literaturi, odnosno prema različitim izvorima. Neki od razloga su različito korištenje definicija, odnosno široka paleta što definicija pokriva kao i postojnje više definicija, te činjenica da dio adolescanata koji su skloni samoozljeđujućem ponašanju nikada niti ne potraži pomoć ili samoozljeđivanje ne bude u tolikoj mjeri značajno i ozbiljno da zahtjeva medicinsku pomoć i obradu. Veliki izazov predstavlja činjenica da se prilikom prikupljanja podataka koriste različite metode i mjerni instrumenti. Također, važno je navesti da se za istraživanje DSH često koriste različiti uzorci, od bolničkog uzorka do redovne školske populacije. Diljem svijeta je rađeno više studija vezano za samoozljeđujuća ponašanja adolescenata. Neke od prvih studija (Taliaferro i sur., 2012) na tu temu pronašle su da je godišnja prevalencija za Sjedinjene Američke Države bila oko 7,3%, dok je u Ujedinjenom Kraljevstvu oko 6,9% (Hawton i sur., 2002). Madge i sur. (2008) su u epidemiološkoj studiji adolescenata u dobi od 14 do 17 godina iz sedam europskih zemalja (Austrije, Belgije, Engleske, Mađarske, Irske, Nizozemske i Norveške) pronašli da je prevalencija DSH tijekom života 17,8%, a dvanaestomjesečna prevalencija namjernog samoozljeđivanja 11,5% (DSH; uključuje djela samoozljeđivanja bez/sa suicidalnim namjerama); iako su se stope razlikovale između zemlja. Istraživanje je pokazalo da se tri od deset djevojčica te svaki deseti dječak samoozljeđuje; od onih koji se samoozljeđuju njih čak 59% je navelo da je željelo umrijeti a djevojčice su dvostruko više sudjelovale u samoozljeđivanju od dječaka (Madge i sur., 2008). Nadalje, studija Brunnera i sur. (2014), koja je provedena u 11 europskih zemalja i koja je istraživala sebi usmjerena štetna ponašanja bez obzira na prisutnost suicidalne namjere, nazvano eng. *Deliberate self injury behavior*, D-SIB, na uzorku od 12.068 adolescenata (Ž / M: 6.717 / 5.351; srednja dob: 14.9) iz nasumično odabranih škola pokazala je da je životna prevalencija DSH 27,6%; pri čemu je 19,7% mladih izvještavalo o povremenom D-SIB a 7,8% je navelo ponavljajući D-SIB. Životna prevalencija D-SIB se kretala od 17,1% do 38,6% u različitim zemljama, pri čemu su Estonija, Njemačka, Francuska i Izrael imale najviše postotke, a Mađarska, Irska i Italija niske postotke. Suicidalnost, kao i anksiozni i depresivni simptomi su bili povezani sa povremenim i ponavljajućim D-SIB, a u navedenom istraživanju pronađena je jaka povezanost između D-SIB sa obiteljskim zanemarivanjem kao i vršnjačkim odbacivanjem i viktimizacijom (Brunner i sur., 2014).

**Nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO)**, prema istraživanjima, započinje u periodu adolescencije, javlja se između 12. i 14. godine (Cipriano i sur., 2017), uz srednju prosječnu

dob od 14 godina (Klonsky, 2011). Plener i sur. (2015) navode vrhunac pojavljivanja NSSO u srednjoj adolescenciji (15-16 godina), uz veću prevalenciju kod adolescentica, te pojavnost u općoj populaciji između 10-18% adolescenata (Leite i sur., 2017), dok je to na kliničkom psihijatrijskom uzorku oko 40% ili više (Glenn i Klonsky, 2013). Novija istraživanja prevencije nesuicidalnog samoozljeđivanja uključuju metaanalizu koju su proveli Lim i sur. (2019), a koja pokazuje životnu prevalenciju nesuicidalnog samoozljeđivanja kod djece i adolescenata u svijetu od čak 22.1% za razdoblje od 1989. do 2018. godine, dok metaanaliza koju su proveli Xiao i sur. (2022) pokazuje da je globalna prevalencija nesuicidalnog samoozljeđivanja (NSSO) kod adolescenata, u periodu od 2010. do 2021. godine iznosila između 17,9% i 26,6%. Farkas i sur. (2023) također su proveli metaanalizu u koju su uključili 97 radova u periodu od 2015. do 2020. godine, s ciljem utvrđivanja prosječne prevalencije nesuicidalnog samoozljeđivanja. Radovi koje su uključili bavili su se samoozljeđivanjem kod sudionika s rasponom dobi od 11 do 18.5 godina. Oni su pronašli da je prosječna prevalencija NSSO među adolescentima 16%. Općenito možemo reći da istraživanja ukazuju na visoku prevalenciju nesuicidalnog samoozljeđivanja među adolescentima te da sklonost nesuicidalnom samoozljeđivanju često traje i po nekoliko godina prije nego što dođe do remisije (Plener i sur., 2015).

**Suicid** je ozbiljan problem suvremenog društva. Globalno, 3,77 od 100000 djece u dobi od 10 do 19 godina, počini suicid te je on drugi najčešći uzrok smrti u mladoj populaciji Glenn i sur. (2019). Prema navodu SZO u dobnoj skupini između 15 i 29 godina suicid je četvrti uzrok smrti (WHO, 2021). Prevalencija suicidalnog ponašanja adolescenata razlikuje se diljem svijeta kao i između zemalja (Kim i sur., 2019).

U Hrvatskoj, između 2000. i 2020. godine, stopa suicida iznosila je 4,12 na 100000 djece i mladih do 24 godine starosti, dok je u istoj dobnoj skupini za zemlje Europske unije i navedeno razdoblje iznosila 2,53/100 000 (Boričević Maršanić i sur., 2022). Podaci Eurostata (2023) navode da je u dobnoj skupini 15 do 19 godina u 27 zemalja Europske unije (EU) za 2019. godinu stopa suicida bila 4.34 te za 2020. godinu 3.98, a za Hrvatsku za istu dobnu skupinu 2019. godine stopa je iznosila je 4.96 te 2020. godine 7,1.

Prema ranijem istraživanju provedenom u 17 europskih zemalja, prevalencija suicidalnih ideja mladih u dobi 15-16 godina se kretala od 15% (Armenija) do 31,5% (Mađarska), dok je prevalencija suicidalnih pokušaja bila od 4,1% do 23,5% u istim dvjema zemljama (Kokkevi i sur., 2012). Prosječna životna prevalencija suicidalnih pokušaja na

osnovu samoiskaza ispitanika svih uključenih zemalja je bila 10,5% (uz raspon od 4,1%-23,5%), dok su misli o samoozljeđivanju (potrebno da su najmanje pet puta bile prisutne) bile prisutne u prosjeku 7,4% (uz raspon od 2,1%-15,3%) (Kokkevi i sur., 2012). Slične rezultate pronalazi i novije istraživanje koje su proveli Van Meter i sur. (2023). Prema njihovoj metaanalizi, globalne prevalencije suicidalnih ideja su iznosile 14% do 23%, a suicidalnih pokušaja 5% do 16 %.

Dok su tijekom djetinjstva suicidalne misli i suicidalna ponašanja relativno rijetka, tijekom adolescencije dolazi do značajnog porasta (Nock i sur., 2008; Nock i sur., 2013). Pokušaji suicida su 3-9 puta češći kod žena dok je stopa suicida 2-4 puta veća kod adolescenata i mladih muškaraca spram žena (Eaton i sur., 2012; Miranda-Mendizábal i sur., 2019). Vodeća metoda suicida diljem svijeta je vatreno oružje, potom vješanje/gušenje te samootrovanje (Kölves i de Leo, 2016). Glenn i sur. (2019) navode kao najčešće metode vješanje/gušenje i skakanje/ležanje ispred predmeta koji se kreće ili skakanje s visine.

Većina autora navodi da je suicidalno ponašanje povezano sa starijim adolescentima, dok je nesuicidalno samoozljeđivanje tipično za mlađu dob (Ougrin i sur., 2012).

Obzirom na **preklapanje definicija DSH i NSSO** i mnogih istraživanja koja su provedena na adolescentima a vezano za samoozljeđujuća ponašanja Muehlenkamp i sur. (2012a) su napravili sustavni pregled empirijskih studija u kojem su koristili rezultate 52 istraživanja za razdoblje od 2005. do 2011. godine na uzorku adolescenata diljem svijeta te utvrdili da nema statistički značajnih razlika između NSSO (18,0%) i DSH (16,1%). Prevalencija NSSO i DSH adolescenata podjednaka je kod adolescenata iz različitih zemalja. Na uzorku adolescentne opće populacije prevalencija DSH se kreće čak između 13 % i 45 % (Choate, 2012). Prema studiji Brunnera i suradnika (2014) provedenoj u 11 europskih zemalja prosječna dob samoozljeđivanja je 14,9 godina za povremena D-SIB, a 15 godina za ponavljajuća D-SIB (Brunner i sur., 2014).

Vezano za razlike po spolu, većina istraživanja navodi da je DSH - namjerno samoozljeđujuće ponašanje - do 18. godine češće kod adolescentica nego kod adolescenata bez obzira na to jesu li istraživanja provedena na kliničkom ili nekliničkom uzorku (Hawton i sur. 2002; Madge i sur., 2008).

Najčešće korištene metode samoozljeđivanja su rezanje, spaljivanje, grebanje kože, probijanje, griženje (Gratz, 2001; Kerr i sur., 2010), pri čemu se djevojčice češće ozljeđuju

rezanjem, a dječaci udaranjem (Brunner i sur., 2014). Na kliničkom i nekliničkom uzorku najčešće korištena metoda samoozljeđivanja je rezanje (Gratz, 2001; Kerr i sur., 2010; Nock i Prinstein, 2004; 2005) te oko 2/3 onih koji se samoozljeđuju koriste više od dvije različite metode samoozljeđivanja (Kerr i sur., 2010).

Jedno od recentnijih istraživanja globalne životne prevalencije i 12-mjesečne prevalencije suicidalnog ponašanja, samoozljeđujućeg ponašanja (DSH) i nesuicidalnog samoozljeđivanja (NSSO) objavljeno je 2019. godine. Ova metaanaliza istraživala je relevantne članke objavljene između 1989. i 2018 godine, a uključivala je rezultate na 686 672 djece i adolescenata (Lim i sur., 2019). Ukupna životna i 12-mjesečna prevalencija pokušaja samoubojstva bila je 6%, odnosno 4,5%. Ukupna životna učestalost i 12-mjesečna prevalencija suicidalnog plana iznosila je 9,9%, odnosno 7,5%; a ukupna životna i 12-mjesečna prevalencija suicidalnih ideja bila je 18%, odnosno 14,2% (Lim i sur., 2019). Životna i 12-mjesečna prevalencija DSH je bila 13,7 % odnosno 14,2 %, a životna za NSSO 22,1% odnosno 12-mjesečna prevalencija za NSSO 19,5% (Lim i sur., 2019). Viša je bila prevalencija suicidalnih pokušaja, planova i ideja u skupini djece koja redovito pohađaju školu. Životna prevalencija suicidalnih pokušaja i suicidalnih ideja bila je viša u zapadnim nego u nezapadnim zemljama. Prema navedenoj metaanalizi životna prevalencija NSSO je veća u nezapadnim nego u zapadnim državama, a životna prevalencija DSH u zapadnim zemljama i nezapadnim državama bila podjednaka, a 12-mjesečna prevalencija DSH ne-zapadnim zemljama je bila puno viša nego u zapadnim državama (25,2 % naspram 8,5 %) (Lim i sur., 2019).

Životna prevalencija suicidalnih pokušaja je bila podjednaka u razvijenim te manje i srednje razvijenim zemljama, suicidalnih planova je bila puno viša u razvijenim zemljama, a suicidalnih ideja je bila viša u zemljama u razvoju. Životna prevalencija NSSO je značajno viša u nisko i srednje razvijenim zemljama u odnosu na razvijene. Životna prevalencija DSH između nerazvijenih, srednje i razvijenih zemalja je bila podjednaka, a 12 mjesečna prevalencija DSH je bila puno viša u nerazvijenim i srednje razvijenim u odnosu na razvijene zemlje (Lim i sur., 2019).

Viša prevalencija suicidalnih pokušaja u zapadnim zemljama objašnjava se utjecajem zlouporabe sredstava ovisnosti kod mladih muškaraca na suicidalna ponašanja (Lim i sur., 2019; Snowdon, 2018) te većim pristupom sredstvima za počinjenje suicida, uključujući i vatreno oružje (Lim i sur., 2019). S druge strane, životna prevalencija suicidalnih planova, suicidalnih ideja i nesuicidalnog samoozljeđivanja je viša u nezapadnim zemljama, odnosno

češće razmišljaju o i planiraju suicid ali ga rjeđe počine, a dio razloga je što je u određenim nezapadnim zemljama vatreno oružje ilegalno (Lim i sur., 2019; Snowdon, 2018). Redovno pohađanje škole, što nosi određene rizike, kao što su akademski stres, školski bullying, nezapadne zemlje, zemlje s niskim i srednjim prihodima i zemljopisni položaji mogu pridonositi većoj ukupnoj prevalenciji samoubilačkih ponašanja, namjernog samoozljeđivanja i nesuicidalnog samoozljeđivanja (Lim i sur., 2019).

Postoji povezanost između samoozljeđivanja i suicida, te 40% onih koji se samoozljeđuju imaju misli o samoubojstvu dok se samoozljeđuju, a čak 50-85% osoba koje se samoozljeđuju pokušali su suicid najmanje jednom (Kerr i sur., 2010) tijekom svog života, te je navedeno važno prepoznati i djelovati na vrijeme. Zabilježeno je da osobe koje se samoozljeđuju (NSSO) a pokušale su suicid imaju dužu povijest samoozljeđivanja, koriste veći broj metoda samoozljeđivanja te navode odsutnost fizičke boli tijekom NSSO u odnosu na one koji su nesuicidalni (Nock i sur., 2006).

U razlikovanju suicidalnog ponašanja i samoozljeđivanja važne su određene značajke analize namjere, metoda te psihološki utjecaj (Muehlenkamp, 2005). Samoozljeđujuće ponašanje je nisko letalno ponašanje, ponavlja se češće, metode su multiple te je funkcija osjećati se bolje, dok se suicid koristi u svrhu prestanka života, letalnost je velika, javlja se rijetko te se najčešće koristi jedna metoda (Muehlenkamp, 2005). Osobe koje se samoozljeđuju kao namjeru najčešće navode smanjivanje negativnog afekta (Klonsky, 2007). Pri pokušaju ili počinjenju suicida individue koriste ograničeni broj metoda što najčešće uključuje pucanj u sebe iz vatrene oružja, vješanje, predoziranje ili samootrovanje, pri čemu je predoziranje najčešća metoda kod nefatalnih pokušaja suicida (Kerr i sur., 2010). Istraživanja također nastoje razmotriti samoozljeđivanje kao rizik za suicid, te navode da adolescenti koji se samoozljeđuju a pokušali su suicid izvještavaju o višoj razini suicidalnih ideja, navode značajno manje razloga za život i veća je vjerojatnost da će doživjeti višu razinu simptoma depresije (Muehlenkamp i Gutierrez, 2007). Klonsky i sur. (2013) navode da je NSSO snažnije povezano s poviješću pokušaja suicida od drugih poznatih i utvrđenih čimbenika rizika za samoubojstvo, kao što su depresija, anksioznost, impulzivnost i granični poremećaj ličnosti. Joiner (2005) navodi kako visoke razine emocionalnog distresa udružene s ponavljajućim NSSO mogu potaknuti pojedinca da pokuša samoubojstvo (Joiner, 2005; Muehlenkamp i Gutierrez, 2007). On je naveo da osobe koje imaju želju za suicidom moraju imati i kapacitet za počinjenje potencijalno letalnog suicidalnog pokušaja. Isti autor smatra da osoba stječe sposobnost za suicid kada prevlada strah i bol koji se povezuju sa samim suicidalnim činom, te se na NSSO gleda na

način da samoozljeđivanje desenzibilizira pojedinca na bol što povećava rizik za suicid (Joiner, 2005; Klonsky i sur., 2014).

### 1.2.3. Epidemiologija samoozljeđujućeg ponašanja u Hrvatskoj

Tema samoozljeđujućeg ponašanja u Republici Hrvatskoj u interesu je stručne javnosti te je provedeno niz istraživanja vezano za autoagresivna i autodestruktivna ponašanja adolescenata.

Tripković i sur. (2013) su u Zagrebu provele istraživanje na populaciji srednjoškolaca koje je obuhvaćalo 701 mladića i djevojke dobi 14 do 19 godina. Istraživano je autoagresivno ponašanje adolescenata i povezanost sa obiteljskom i socijalnom situacijom te konfuzijom u obitelji. Rezultati istraživanja pokazuju visoku učestalost autoagresivnog ponašanja u adolescenata. Gotovo 8% adolescenata ponekad ili često sebi nanosi ozljede, a 11% ponekad ili često razmišlja o samoubojstvu. Rezultati ukazuju da su djevojčice češće pokazuju simptome destruktivnosti i anksioznost, dok dječaci pokazuju izraženu i veću agresivnost. Razdvojenost roditelja, psihička bolest oca i majke, alkoholizam oca, tjelesno kažnjavanje od strane majke ili oca i niska kohezija u obitelji povezani su sa autoagresivnim ponašanjem adolescenata. (Tripković i sur., 2013). Na navedenom srednjoškolskom uzorku Tripković i sur. (2014) su provjeravali u kojoj je mjeri depresija povezana s autoagresijom. Ustanovili su da 20,7% uzorka ima blage i granične simptome depresivnog poremećaja, a simptome umjerene ili teške depresije pokazuje oko 5% adolescenata, depresija je učestalija među djevojčicama te je dokazan značajan utjecaj razine depresije na autoagresiju kod ispitanika oba spola, pri čemu u skupini teško depresivnih ispitanice pokazuju značajno veću autodestruktivnost (Tripković i sur., 2014).

Sičić i Mužinić (2008) su na malom kliničkom uzorku adolescenata dnevne bolnice Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež Zagreb (26 pacijenata, 9 ispitanika i 17 ispitanica dobi od 12 do 18 godina) istraživali samoozljeđujuće ponašanje u razdoblju od 2003. do 2007. godine. Njihova je studija pokazala da se adolescenti u tom malom uzorkunajviše samoozljeđuju u dobi od 15. do 16-te godine. Gotovo 40% ispitanika je blo izloženo nekom obliku zlostavljanja (fizičko, seksualno, psihičko), kod 30,7% je bila prisutna je neka vrsta ovisnosti u obitelji (najčešće alkoholizam oca), a kod petine je zabilježeno nasilje u obitelji. U navedenom uzorku 53,8% adolescenata je ranije pokušalo počinuti suicid, imalo je suicidalnu namjeru ili suicidalne misli. Najčešće korištene metode samoozljeđivanja su: rezanje (80,7%);



paljenje (15,3%); grebanje kože (19,23%), a 30% ispitanika je koristilo više metoda samoozljeđivanja. Najvećem broju adolescenata (50%) koji su uključeni u istraživanje je dijagnosticiran jedan od poremećaja ponašanja, poremećaja ponašanja i osjećaja, depresija te adolescentna kriza (Sičić i Mužinić, 2008).

Tomac (2015) je na većem kliničkom uzorku od 150 adolescenata oba spola u dobi od 14 do 18 godina ispitivao unutarnje i vanjske čimbenike kod adolescenata koji iskazuju samoozljeđujuća ponašanja (uključeno 24 ispitanika i 55 ispitanica) u odnosu na adolescente koji ne iskazuju samoozljeđujuća ponašanja (uključeno 45 ispitanika i 26 ispitanica). U toj je studiji utvrđena četverostruko veća pojavnost samoozljeđujućeg ponašanja kod adolescentica u ispitivanoj kliničkoj skupini. Kod ispitanika je pronađena povezanost između kronične bolesti majke i samoozljeđivanja, a nije pronađena povezanost između kronične bolesti oca sa samoozljeđujućim ponašanjima niti kod ispitanika niti kod ispitanica. U oba spola samoozljeđujuće ponašanje ima socijalno negativno potkrepljujuću funkciju (izbjegavanje različitih negativnih osjećaja vezanih za okruženje). Kod mladića samoozljeđujuće ponašanje ima više pozitivnu interpersonalnu funkciju te ispitanici učestalije koriste samoozljeđujuće ponašanje u kontekstu identitetne (u isto vrijeme biti dio grupe i imati jasne granice vlastitog psihičkog i tjelesnog prostora) i identifikacijske funkcije (biti sličan određenoj grupi vršnjaka koju se doživljava kao blisku). Djevojke su vulnerabilnije na percipirano neadekvatno roditeljstvo oca, a mladići na percipirano neadekvatno roditeljstvo majke. Bračni status roditelja nije bio povezan sa samoozljeđujućim ponašanjem kod adolescenata. Razina brižnosti je smanjena kod oba roditelja ispitanica koje iskazuju samoozljeđujuća ponašanja. Ženski spol, internalizirajuće smetnje i majčino pretjerano zaštićivanje pokazuju prediktivni utjecaj na pojavu samoozljeđujućeg ponašanja (Tomac, 2015).

U Dalmaciji je u urbanoj konglomeraciji gradova Splita, Solina i Kaštela tijekom školske godine 2005./2006. provedeno istraživanje na školskoj populaciji 803 adolescenata (402 dječaka i 401 djevojčici) odnosno učenika šestih razreda osnovne škole dobi 11-14 godina što je predstavljalo 26 % ukupnog broja adolescenata šestih razreda ispitivanog područja. 17,6 % adolescenata bez razlike po spolu izvještavalo je o samoubilačkim promišljanjima (Franić, 2012). U tom je istraživanju pokazano da su adolescenti i adolescentice sa samoubilačkim promišljanjima ostvarivali više rezultate na svim promatranim ljestvicama za depresiju ali i za psihoticizam, neuroticizam i kriminalitet. Suicidalni dječaci češće žive u obiteljima s troje ili više djece. Pokazana je povezanost roditeljskog sudioništva u Domovinskom ratu sa suicidalnošću u dječaka. Nije pronađena povezanost između doživljaja obiteljskog

ekonomskog statusa i samoubilačkih promišljanja, ali je nađena pozitivna povezanost samoubilačkih promišljanja s nižim obrazovnim statusom roditelja, te da je dobra komunikacija s članovima obitelji povezana s nižom razinom samoubilačkih misli (Franić, 2012).

Dodig Ćurković (2010) je u Osijeku provedela istraživanje pojavnosti i zastupljenosti različitih oblika autodestruktivnog ponašanja (uključujući samoozljeđivanje, konzumiranje alkohola i opojnih sredstava, poremećaji prehrane-anoreksija i bulimija, samootrovanje lijekovima i alkoholom) kod adolescenata. Istraživanje je obuhvaćalo klinički uzorak od 109 ispitanika/djece oba spola (42,2% muškog i 57,8% ženskog spola) u dobi od 11 do 18 godina (prosječna dob adolescenata 15,35; adolescentica 15,87) te jednog roditelja. 33% ispitanika se samoozljeđuje, 21,1% se ponekad samoozljeđuje, a nešto manje od polovice, njih 45,9% nije imalo iskustvo ozljeđivanja. Adolescentice se značajno učestalije samoozljeđuju u odnosu na adolescente. Čak 60,2% ispitanika razmišljalo je o pokušaju suicida, a u pokušajima suicida postoji značajna rodna razlika, o pokušaju suicida izvještava 23,9% mladića te 33,3% djevojaka. Istraživanje kao najčešće oblike autodestruktivnog ponašanja kod adolescenata navodi pokušaj suicida lijekovima, samootrovanje alkoholom i lijekovima, samoozljeđivanje oštrim predmetima, pokušaj suicida lijekovima i alkoholom, pokušaj suicida lijekovima i samoozljeđivanjem oštrim predmetima, te anoreksija nervoza (Dodig Ćurković, 2010). Najčešći oblik pokušaja suicida je ozljeđivanje oštrim predmetima, samootrovanje lijekovima, te kombinacija lijekova + alkohola + samoozljeđivanja oštrim predmetom (Dodig Ćurković, 2010). Adolescentice su u odnosu na adolescente sklonije samoozljeđivanju oštrim predmetima, te češćoj zlouporabi i uzimanju lijekova bez nadzora. Adolescenti pokazuju više oblika autodestruktivnih ponašanja, a imaju visoki suicidalni rizik odnosno učestala suicidalna promišljanja i pokušaj suicida prije liječničke intervencije u odnosu na adolescentice (Dodig Ćurković, 2010). Rizičnim čimbenicima za suicidalna razmišljanja i pokušaje kod adolescenata sa autodestruktivnim oblicima u ponašanju pokazali su se anksiozni i depresivni poremećaj i poremećaj ponašanja, ali i narušeni obiteljski odnosi, loša komunikacija u obitelji, obiteljsko nasilje, te loši socioekonomski uvjeti u obitelji (Dodig Ćurković, 2010)

Prema starijem istraživanju Degmečić i Filaković (2008) provedenom u Osijeku na 286 adolescenata oba spola (99 muških i 187 ženskih) 3,85% adolescenata ispunilo je kriterije za ozbiljnu depresivnu epizodu, a 5,94% adolescenata kriterije za umjereno depresivnu epizodu. Na čestici za suicidalnost 0,7% adolescenata imalo je vrlo visoku ocjenu, dok je 8,4 imalo značajnu ocjenu za rizik od samoubojstva odnosno 9,1% adolescentnog uzorka je imalo ozbiljan rizik od samoubojstva (Degmečić i Filaković, 2008).

Istraživanje Bježančević i suradnika (2019) o NSSO provedeno na hospitaliziranim pacijentima Zavoda za dječju i adolescentnu psihijatriju u Osijeku za razdoblje od početka 2010. godine do kraja 2015. godine zahvaćalo je 105 djece dobi od 11 do 19 godina, od čega je bilo 80% djevojčica. U 74,4% slučajeva djeca su bili hospitalizirana dva ili tri puta. Prosječna dob djece kod koje je utvrđeno samoozljeđivanje je bila 15 godina, a povremena i ponavljajuća samoozljeđujuća ponašanja bila su jednako zastupljena. Najčešći oblik samoozljeđivanja je bio samorezanje (86,7%), grebanje (5,6%), nanošenje opekline (3,8%), udaranje tijelom o predmet (2,9%) i probadanje tijela predmetima (1,0%) (Bježančević i sur., 2019). Nije se pokazala statistički značajna razlika između broja epizoda samoozljeđivanja i školskog uspjeha. 1/3 obitelji bila je nuklearna, 1/3 obitelji bila je s majkama ili očevima kao samohranim roditeljima, a ostalo su djeca koja su izdvojena iz obitelji i smještena u odgovarajuće oblike smještaja (npr. udomiteljske obitelji, dječje domove). Značajnim se pokazala psihička bolest u obitelji adolescenata koji se samoozljeđuju te iskustvo traumatskog događaja. Nije nađena korelacija između loše financijske situacije s prevalencijom NSSO. Oko 1/4 adolescenata zadovoljilo je kriterije za poremećaj prilagodbe, isto toliko za mješoviti poremećaj ponašanja i osjećaja, te 7,8% kriterij za granični poremećaj ličnosti (Bježančević i sur., 2019).

Na manjem kliničkom uzorku 31 adolescenata oba spola (29 djevojčica i 2 dječaka); hospitalizirana po prvi put radi psihičkih poteškoća a uključivali su se i u NSSO unatrag šest mjeseci; prosječne dobi 15,2 godine, rezultati Ercegović i suradnika (2018) su pokazali da je najčešći tip samoozljeđivanja rezanje. Pritom je 41,9% adolescenata koristilo dva do četiri tipa, a više od polovine ispitanika (54,9%) je koristilo čak pet tipova NSSO te je samoozljeđivanje ponavljajuće. Više od 5 epizoda samoozljeđivanja je bilo prisutno kod 93,5% ispitanika. Najčešće zastupljeni poremećaji kod adolescenata sa NSSO su internalizirajući poremećaji u 71,0% (F32 Depresivna epizoda, F33 Povratni depresivni poremećaj, F43.2 Poremećaj prilagodbe, F93 Emocionalni poremećaji s početkom specifično u djetinjstvu), kod 22,7% adolescenata je postavljena dijagnoza Granični poremećaj ličnosti (F 60.3) i kod 6,4% ekstrenalizirajući poremećaj (dg: F91 Poremećaj ponašanja). Navedeni hospitalizirani adolescenti (31 adolescenata) s NSSO su uspoređivani sa 294 adolescenata opće školske populacije oba spola (59,2% dječaka i 40,8% djevojčica) te dobi između 11 i 18 godina (prosječne dobi 15,0 godina) vezano za razvoj identiteta te je utvrđeno da su adolescenti kliničkog uzorka imali viši ukupni rezultat difuzije identiteta, odnosno veće poteškoće u razvoju identiteta u odnosu na opću populaciju (Ercegović i sur., 2018).

Rezo Bagarić i sur. (2023) su u svom istraživanju na srednjoškolskoj populaciji uspoređivale pojavnost i prediktore samoozljeđivanja i suicidalnih misli 2016. i 2021. godine. Autorice navode da je, u 2021., čak 24,8% srednjoškolaca imalo suicidalne misli, ali nisu pronašli značajne razlike u tom postotku u odnosu na 2016. godinu. Paradžik i sur. (2022), u istraživanju provedenom na kliničkom uzorku od 2428 djece i adolescenata, pregledanih u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti, pronalaze da je od toga njih 447 demonstriralo suicidalno ponašanje. One pronalaze značajne razlike između 2020. i 2019. godine među pregledanom djecom u Hitnoj psihijatrijskoj ambulanti, pri čemu u 2020. godini dolazi do porasta udjela suicidalnih ideja za 8,2%, suicidalnih pripremljenih aktivnosti za 3,7% i pokušaja suicida za 2,2%, u odnosu na 2019. godinu.

#### 1.2.4. Rizični čimbenici i DSH

Prema istraživanjima postoji niz rizičnih čimbenika koji se povezuju sa DSH. Hawton i sur. (2012) navode rizike povezane sa DSH, a uključuju individualne negativne životne događaje i obiteljske rizike (na primjer loša iskustva iz djetinjstva, povijest fizičkog ili seksualnog zlostavljanja, vršnjačka zlostavljanja, interpersonalne poteškoće, obiteljska neslaganja, bračni problemi, razvod roditelja, psihički poremećaji roditelja, obiteljska povijest suicidalnog ponašanja i druge); psihologijsko/psihijatrijske čimbenike (npr. impulzivnost, beznađe, loše rješavanje problema, perfekcionizam, te mentalne poremećaje osobito depresija, anksioznost, ADHD, te zlouporaba droga i alkohola); te sociodemografske čimbenike (npr. ženski spol, nizak socioekonomski status, homoseksualna, biseksualna ili transrodna seksualna orijentacija, te ograničena obrazovna postignuća).

Obitelj i obiteljski kontekst su značajni za razvoj osobe, pri čemu odrastanje u nepovoljnoj okolini doprinosi smanjenom razvoju emocija, smanjenoj sposobnosti prepoznavanja emocija ili izražavanja negativnih emocija djeteta te nedostatnoj sposobnosti djeteta u upravljanju snažnim emocijama na adekvatan, adaptivan način (Sim i sur., 2009). Obitelj i okruženje koje je onesposobljavajuće ne nauči dijete strategijama nošenja sa emocionalnim stresom, te stoga djeca koja odrastaju u takvoj obitelji i okruženju uz biološke predispozicije za emocionalnu nestabilnost ne razvijaju vještine nošenja sa vlastitim emocijama te su sklona DSH (Linehan, 1993). Djetetovo razumijevanje vlastitih i tuđih osjećaja te ne/sposobnost reguliranja svojih osjećaja, ključna je funkcija u DSH, te djeca i

adolescenti često „prijegavaju“ DSH kao načinu nošenja sa akutnim negativnim afektom (Klonsky, 2007).

I novija istraživanja i metaanalize kao najčešće rizike za samoozljeđivanje adolescenata navode zlostavljanje u djetinjstvu, traumatska iskustva, narušene obiteljske odnose, nedostatak prijatelja, izloženost prijateljima koji se samoozljeđuju, te anksioznost, depresivnost, zlouporabu sredstava ovisnosti kao i poremećaje ponašanja i poremećaje ličnosti (McEvoy i sur., 2023).

Uz navedene individualne, obiteljske, sociokulturalne rizike, ženski spol, prethodna povijest i iskustvo samoozljeđivanja, prethodne suicidalne misli i suicidalno ponašanje navode se kao neki od najsnažnijih rizika (Fox i sur., 2015).

### 1.2.5. Rizični čimbenici i suicidalno ponašanje

Hawton i sur. (2012) navode rizike koji su se pokazali povezani sa suicidom a uključuju pojedinačne individualne negativne životne događaje i obiteljske rizike (npr. loša iskustva iz djetinjstva, interpersonalne poteškoće, razvod roditelja, smrt roditelja, psihički poremećaji roditelja, povijest suicidalnog ponašanja u obitelji); psihologijsko/psihijatrijske čimbenike (beznade, te mentalni poremećaji osobito depresija, anksioznost, ADHD, te zlouporaba droga i alkohola) kao i sociodemografske (muški spol, nizak socioekonomski status i ograničena obrazovna postignuća).

Novije pregledne studije kao značajne rizike suicidalnog ponašanja adolescenata navode depresiju, zlouporabu alkohola i droga, druge psihijatrijske poremećaje (npr. anksioznost, poremećaje hranjenja, eksternalizirane poremećaje), prethodne pokušaje suicida, kao i nepovoljne životne događaje (obiteljske konflikte, akademske stresore uključujući bullying, stresove vezane za ispite), traume i druge stresove (Carballo i sur., 2019). Istraživanja navode postojanje psihičke bolesti kao rizika za suicidalno ponašanje, te izvještavaju o postojanju mentalnih poremećaja u 90% adolescenata koji počine suicid (Bridge i sur., 2006).

Obiteljske situacije povezane sa rizikom suicida uključuju zanemarivanje, nasilje u obitelji, razvod roditelja, psihička bolest u obitelji, rana smrt, suicidalno ponašanje roditelja, niska primanja (Carballo i sur., 2019). Loša komunikacija u cijeloj obitelji, kao i loša

komunikacija s djetetom, loša komunikacija o problemima djeteta, zanemarivanje komunikacijskih potreba djeteta te izravan sukob s roditeljima povezuju se sa suicidalnim ponašanjem (Bilsen, 2018). Carballo i sur. (2019), također ističu određene individualne osobine kao predisponirajuće čimbenike suicidalnosti kao što su nisko samopouzdanje, pesimizam, perfekcionizam, samokritičnost, impulzivnost, kao i maladaptivni stilovi suočavanja.

Istraživanje u 90 zemalja učenika adolescenata dobi između 13 i 17 godina provedeno između 2003. i 2017. godine navodi veću prevalenciju suicidalnih ideja kod djevojčica, dok nema razlike po spolu niti dobi u prevalenciji suicidalnih pokušaja. Postoji povezanost između suicidalnih ideja kod djevojčica i dječaka koji nisu imali bliskog prijatelja, te kod djevojčica koje su bile izložene vršnjačkom nasilju, a kod dječaka koji su bili uključeni u svađu. Svim mlađim adolescentima bila je zajednička povezanost pokušaja samoubojstva sa zlostavljanjem od strane vršnjaka i zadobivanjem teških ozljeda, a nedostatak bliskih prijatelja je bio povezan s pokušajem suicida kod starijih adolescenata (Campisi i sur., 2020).

### 1.2.6. DSH i drugi psihički poremećaji

Istaraživanja DSH u adolescenciji navode komorbiditet s internalizirajućim poremećajima, eksternalizirajućim poremećajima, poremećajima prehrane, zlouporabom psihoaktivnih tvari kao i poremećajima ličnosti poput graničnog poremećaja (Kerr i sur., 2010; Nock i sur., 2006). Od internaliziranih poremećaja metaanalize uz depresiju navode povezanost samoozljeđivanja s anksioznim poremećajima, socijalnim anksioznim poremećajem, paničnim poremećajem, posttraumatskim stresnim poremećajem, disocijativnim poremećajem te opsesivno kompulzivnim poremećajem (Bently i sur., 2015; Cipriano i sur., 2017). Od eksternaliziranih poremećaja povezanih sa samoozljeđujućim ponašanjem, studije najčešće navode hiperkinetski poremećaj, poremećaj ophođenja, opozicionalni poremećaj te intermitentni eksplozivni poremećaj (Mészáros i sur., 2017). Kada se navode komorbidni psihijatrijski poremećaji najčešće se navodi granični poremećaj ličnosti (eng. *Borderline personality disorder*, BPD), a Kerr i sur. (2010) u svom pregledu literature navode da se 70-75% osoba sa BPD uključuje u DSH. Nesuicidalno samoozljeđivanje je prema DSM-5 navedeno kao dijagnostički kriterij za Granični poremećaj ličnosti ali ipak je potreban oprez, odnosno ne mora se svaka osoba koja ima postavljenu dijagnozu Granični poremećaj ličnosti

samoozljeđivati, a NSSO može postojati i bez BPD (In-Albon i sur., 2013). Zbog čestog i isključivog povezivanja NSSO s teškim oblikom graničnog poremećaja ličnosti autori Selby i suradnici (2012), proveli su istraživanje kod osoba sa BPD-om (sa i bez NSSO) i osoba s NSSO-om (bez BPD-a) te ustanovili da ove dvije skupine pokazuju slične razine funkcionalnog oštećenja i psihopatologije. Prema ovom istraživanju, većina pojedinaca sa NSSO-u (bez BPD) imala je manje od četiri simptoma BPD-a i nije imala dijagnozu poremećaja ličnosti, te autori sugeriraju da se NSSO definira kao poseban sindrom (Selby i sur., 2012).

Na ispitivanom kliničkom uzorku Nock i sur. (2006) navode da 62,9% hospitaliziranih adolescenata zadovoljava kriterije za eksternalizirane; 51,7% za internalizirane poremećaje; 59,6% za zlouporabu psihoaktivnih tvari, a čak 67,3% za poremećaj ličnosti pri čemu adolescentice u 51,7% zadovoljavaju kriterij za BPD. 70% hospitaliziranih adolescenata koji se namjerno samoozljeđuju navelo je da je barem jednom pokušalo učiniti suicid tijekom života, a njih 55% koji se samoozljeđuju navelo je da je imalo dva ili više suicidalnih pokušaja (Nock i sur., 2006). Nesuicidalno samoozljeđivanje prediktor je suicidalnih pokušaja te je dugotrajna povijest nesuicidalnog samoozljeđivanja povezana s porastom prevalencije suicidalnog ponašanja (Bentley i sur., 2014; Klonsky i sur., 2013; Nock i sur., 2006). Obzirom na povezanost samoozljeđivanja i suicidalnog ponašanja neophodan je oprez u radu sa adolescentima koji pokazuju autoagresivna ponašanja.

### **1.3. Teorijska podloga u objašnjenju DSH i suicidalnog ponašanja**

#### 1.3.1. Teorije koje objašnjavaju DSH

Obzirom na sve značajniju zastupljenost autoagresivnog ponašanja u adolescenata, te niza čimbenika koji mogu biti u podlozi i nastanku namjernog samoozljeđujućeg ponašanja počevši od individualnih, obiteljskih, sociokulturalih i drugih (Hawton i sur., 2012) cijeli niz teorija i modela nam nastoje objasniti složenost uključivanja i održavanja samoozljeđujućeg ponašanja. Postojanje velikog broja teorija i modela nam govori o složenosti namjernog samoozljeđujućeg ponašanja kao i pokušaju razumijevanja ovog fenomena. Neki od teorija i modela se preklapaju, nadopunjavaju te nisu međusobno isključivi, a pružanje šireg i sveobuhvatnijeg razumijevanje DSH nastoje ponuditi određeni modeli, na primjer: Model četiri funkcije (*Four Functions model/FFM*) (Nock i Prinstein, 2004, 2005), Iskustveni

izbjegavajući model (eng. *Experiential Avoidance model/EAM*) (Chapman i sur., 2006) te Integrirani teorijski model (Nock, 2009). U nastavku ovog rada su opisane najznačajnije teorije i modeli koji doprinose razumijevanju ovog složenog fenomena.

### 1.3.1.1. Psihodinamske teorije

Psihodinamske teorije sastoje se od niza teorijskih ideja. Tradicionalni psihodinamski model je model nagona ili antisuicidalni model koji navodi da je namjerno samoozljeđivanje (DSH) reakcija na nesvjesne sukobe između nagona života i nagona smrti (Suyemoto, 1998). DSH se shvaća kao strategija koja se koristi da se ne počini suicid, predstavlja zamjenu za samoubojstvo, odnosno ono je kompromis između nagona za životom i nagona za smrću. DSH nudi individui mogućnost da prihvati nagone samouništenja (Suyemoto, 1998).

Namjerno samoozljeđivanje proizilazi iz sukoba oko seksualnosti, te je oblik samokažnjavanja radi spolnog nagona. Psihodinamski disocijacijski model navodi vezu između DSH i disocijacije (Suyemoto, 1998), te model objašnjava da u situacijama doživljavanja intenzivnih emocija praćenih disocijativnim stanjem DSH pomaže u održavanju doživljaja selfa i identiteta. Model granica opisuje da se samoozljeđivanje koristi kao sredstvo i način za postavljanje granica između sebe i drugih, odnosno granica unutarnjeg i vanjskog iskustva. Na taj način se prevladava strah od gubitka identiteta. Model granica navodi korištenje DSH u situacijama naglašenog emocionalnog stresa kao sredstvo za održavanje, definiranje i potvrđivanje granica u vrijeme emocionalnog stresa (Suyemoto, 1998).

### 1.3.1.2. Biologijski model

Biologijski model razmatra ulogu neurotransmitora i hormana kod osoba uključenih u samoozljeđujuće ponašanje. Novija istraživanja navode da osobe koje se samoozljeđuju imaju nižu razinu endogenih opioda, te se tijekom NSSO oslobađju endorfini čime se ponašanje potkrepljuje i održava, te autori navode da endogeni opiodi imaju ulogu medijatora između samoozljeđivanja i afektivne regulacije (Bresin i Gordon, 2013).

Uz dopamin, istraživanja upućuju na važnu ulogu neurotransmitera serotonina, te selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina smanjuju samoozljeđivanja, uz ograničenja istraživanja vezano za male uzorke (Turner i sur., 2014). Disregulacija na razini hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda također se istražuje kao moguća biološka podloga



samoozljeđivanja. Djeci koja se samoozljeđuju a bila su izložena ozbiljnoj traumi zlostavljanju u djetinjstvu tijekom intervjua o traumi značajno se povisuje razina kortizola u odnosu na kontrolnu skupinu (Reichl i sur., 2019).

Istraživanje ovog modela zahtijeva dodatna interdisciplinarna znanja te ispitivanje hormona/neurotransmitera.

### 1.3.1.3. Socijalni model

Socijalni model polazi od ideje da je ponašanje individue većinom stečeno, te da pojedinci uče kroz socijalne interakcije s drugima; kroz promatranje ponašanja drugih iz naše okoline (na primjer roditelja) te kroz promatranje posljedica koje uslijede nakon određenih ponašanja. Uče se i usvajaju razvojno očekivana ponašanja ali i potencijalno patološka ponašanja (kao na primjer agresivno ponašanje) (Bandura, 1977; Nock 2010). Tijekom adolescencije važnu ulogu predstavljaju vršnjaci pa je dokazano da su mladi koji se uključuju u namjerna samoozljeđujuća ponašanja takva ponašanja često usvojili od drugih mladih osoba (Muehlenkamp i sur., 2012b). Postoji povezanost rizika za samoozljeđivanje i interpersonalnih odnosa; u usporedbi sa zdravom populacijom osobe koje se samoozljeđuju izvještavaju kako manje traže savjete od okoline te kako imaju niži suport okoline (Muehlenkamp i sur., 2012b; Wolff i sur., 2013). U suvremeno doba važnu ulogu imaju mediji u prenošenju informacija, između ostalog i o samoozljeđivanju. Širenje samoozljeđujućeg ponašanja među vršnjacima putem medija ili između samih vršnjaka usmenom predajom poznato je i kao vršnjačka zaraza i razmatra vulnerabilnost adolescenata, prijemčivost za model ponašanja kojemu su izloženi te započinjanja uključivanja u namjerno samoozljeđivanje (Heilbron i Prinstein, 2008; Lewis i sur., 2012; Zhu i sur., 2016.). Presječna studija Zhu i suranika (2016) hospitaliziranih adolescenata navodi veću učestalost samoozljeđivanja kod individua koje su bile izložene samoozljeđivanju putem socijalnih medija ali također i tradicionalnih medija. Istraživanja pokazuju da su mladi ljudi skloni autoagresiji (namjernom samoozljeđivanju te suicidalnim idejama) skloniji tražiti podatke i suport od vršnjaka na neformalnim mrežama prije nego pomoć od profesionalne osobe odnosno formalnim putem (kao na primjer zdravstveni djelatnici) (Michelmore i Hindley, 2012).

## 1.3.1.4. Model samokažnjavanja

Prema modelu samokažnjavanja funkcija namjernog samoozljeđivanja je kazna, pojedinci osjećaju krivnju te smatraju da zaslužuju kaznu. Samokažnjavanje u obliku samoozljeđivanja nastupa nakon što se primjete neke vlastite pogreške, povezano je sa visokom razinom samokritičnosti (Hooley i Franklin, 2017; Nock 2010) ili se kazna koristi kao iskaz samoprezira ili mržnje usmjerene prema sebi (Nock 2010).

## 1.3.1.5. Model četiri funkcije

Model četiri funkcije (eng. *Four Functions model*, u daljnjem tekstu FF) prema Nocku i Prinsteinu (2004, 2005) navodi važnost dvije osi, vodoravne i okomite; koje objašnjavaju samoozljeđujuće ponašanje i njegove funkcije. Horizontalna os odnosi se na pozitivna i negativna potkrepljivanja dok se vertikalna os odnosi na automatsku i socijalnu dimenziju. Prema teoriji operantnog uvjetovanja pozitivno potkrepljivanje označava uvođenje pozitivne posljedice za pojedinca, dok negativno potkrepljivanje označava uklanjanje negativne posljedice, odnosno uklanjanje nečeg što je neugodno za pojedinca. Automatska potkrepljenja uključuju unutarnja afektivna ili kognitivna stanja samog pojedinca, odnosno označavaju intrapersonalna, a socijalna dimenzija uključuje interpersonalne interakcije, to jest interpersonalna potkrepljenja.

Nakon samoozljeđivanja dolazi do brzog prestanka neugodnih misli i neugodnih osjećaja, kao na primjer smanjivanja napetosti ili smanjivanja osjećaja ljutnje što je za adolescenta negativno pokrepljenje (uklanja se negativan osjećaj, na primjer napetosti) te ovdje govorimo o intrapersonalnom negativnom potkrepljenju. Mnoge osobe opisuju pojačano stanje napetosti i emocionalnog stresa neposredno prije namjernog samoozljeđivanja (Klonsky, 2007), te samooizvještaji potkrepljuju da su razlozi samoozljeđivanja regulacija afekta (Klonsky, 2007; Nock i Prinstein, 2004).

Samoozljeđivanje može biti održavano kroz intrapersonalno pozitivno potkrepljivanje; u kojem nakon samoozljeđivanja za adolescenta nastupa pozitivna posljedica u vidu po njega poželjnih misli ili osjećaja, kao na primjer osjećaj zadovoljstva jer su kaznili sami sebe, jer vjeruju da zaslužuju kaznu; ili u vidu samostimulacije (Nock i Prinstein, 2004; 2005; Nock, 2010). Automatsko/intrapersonalno pozitivno potkrepljivanje predstavlja uključivanje individue u samoozljeđivanje kako bi se stvorilo pozitivno, željeno stanje (kao na primjer za

pojedince koji osjećaju prazninu cilj je osjećati bar nešto, pa makar to bila i bol) (Nock i Prinstein, 2004) te je ovdje samoozljeđivanje sredstvo za stvaranje osjećaja ili samostimulacije (Nock i Prinstein, 2004; Nock, 2010). Namjerno samoozljeđivanje ima svrhu postizanja željenih misli ili osjećaja, samokažnjavanja, osjećati bar nešto.

Socijalna/interpersonalna potkrepljenja odnose se na interakciju individue i socijalnog okruženja, odnosno utječu na modificiranje i reguliranje socijalnog okruženja pojedinca. U socijalnom/interpersonalnom pozitivnom potkrepljivanju, nakon samoozljeđivanja slijedi željena posljedica kao na primjer suport okoline, dijete/adolescent dobije pažnju okoline, pritom je osoba pozitivno potkrepljena samom reakcijom (Nock i Prinstein, 2004; Nock, 2010). Samoozljeđivanje se prema FF modelu može održavati socijalnim/interpersonalnim negativnim potkrepljenjem, u kojem nakon ponašanja slijedi smanjivanje određenih interpersonalnih ili društvenih situacija ili događaja (kao na primjer, nakon samoozljeđivanja se roditelji prestanu svađati, vršnjaci prestaju sa zadirkivanjima pojedinca/adolescenta) ili se namjerno samoozljeđivanje koristi za bijeg iz zahtjevnih međuljudskih odnosa ili obaveza (npr. kako bi se izbjela eventualna kazna ili da neke socijalne obaveze). Sve navedeno dovodi do uklanjanja neugodnih posljedica po pojedinca čime je ponašanje negativno potkrepljeno (Nock i Prinstein, 2004; Nock, 2010).

Model FF nastoji sveobuhvatnije objasniti složenost namjernog samoozljeđivanja te se vidi da nudi objašnjenja koja se navode i u Modelu emocionalne regulacije te u Interpersonalnom modelu. Model FF je značajan jer pojašnjava rizike koji su u podlozi nastavka i održavanja namjernog samoozljeđivanja, može pomoći u kreiranju ranih intervencija, te terapija. Model četiri funkcije samoozljeđivanja (adaptirano prema Nock i Prinstein, 2004) prikazan je u tablici 1.

**Tablica 1.** Model četiri funkcije samoozljeđivanja (adaptirano prema Nock i Prinstein, 2004)

	Automatska (Intrapersonalna)	Socijalna (Interpersonalna)
Negativno potkrepljenje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• smanjivanje, okončavanje neugodnih misli i neugodnih osjećaja</li> <li>• regulacija afekta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ukloniti neželjene zahtjeve okoline</li> <li>• bijeg iz zahtjevnih međuljudskih ili socijalnih odnosa ili obaveza</li> <li>• smanjivanje određenih interpersonalnih ili društvenih situacija ili događaja</li> </ul>
Pozitivno potkrepljenje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• povećati željena stanja</li> <li>• samokažnjavanje</li> <li>• samostimulacija, stvoriti i osjećati „bar nešto“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pažnja okoline</li> <li>• suport okoline</li> </ul>

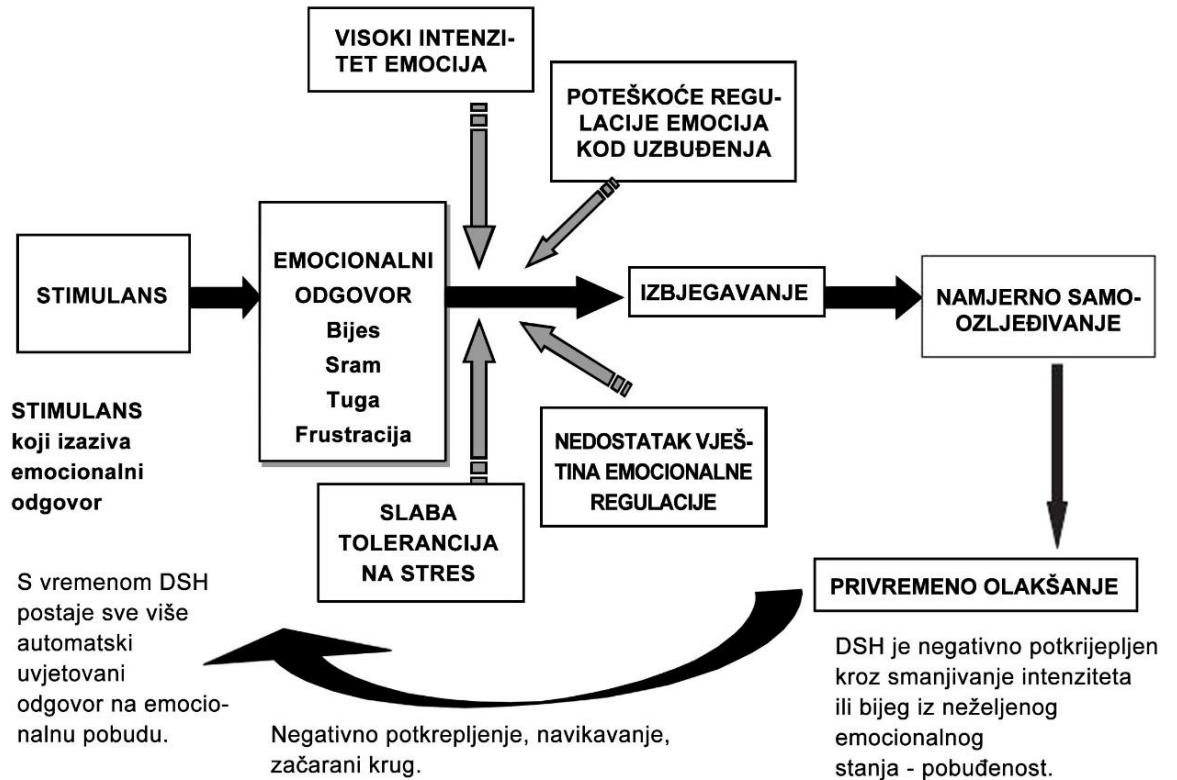
#### 1.3.1.6. Iskustveni izbjegavajući model (Experiential Avoidance model /EAM)

Iskustveni izbjegavajući model (eng. *Experiential Avoidance model*, u daljnjem tekstu EAM) počiva na bihevioralnoj teoriji, te objašnjava namjerno samoozljeđivanje (DSH); kao izbjegavajuće ponašanje; primarno način bijega od neželjenih emocija, ali i izbegavanja averzivnih misli, sjećanja te somatskih senzacija. Opisuje se i kao sredstvo za smanjivanje ili prestanak neželjenog emocionalnog uzbuđenja uz doživljaj emocionalnog olakšanja (Chapman i sur., 2006). Ponašanje čija je svrha da se izbjegne ili pobjegne od neželjenih vanjskih uvjeta ili unutarnjih iskustava obilježava iskustveno izbjegavanje (Chapman i sur., 2006), pri čemu unutarnja iskustva uključuju misli, osjećaje ili somatske senzacije koje su za osobu nelagodne. Iskustveno izbjegavanje uključuje čitav niz ponašanja, koja se održavaju putem negativnog potkrepljenja. Ta ponašanja mogu biti izbjegavajući stil suočavanja ili korištenje psihoaktivnih tvari kako bi se izbjegle određene neželjene situacije, mjesta te zastrašujući objekti (Chapman i sur., 2006).

Prema Iskustvenom izbjegavajućem modelu Chapmana i suradnika (2006) postoji određeni stimulus koji kod pojedinca izaziva averzivni emocionalni odgovor (kao što je ljutnja, tuga, frustracija, sram). Uslijed takvog naglašenog emocionalnog odgovora i stanja emocionalne pobuđenosti osoba ima potrebu pobjeći od takvog stanja te pribjegava DSH što rezultira smanjivanjem ili potpunim prestankom emocionalne pobuđenosti. Osoba osjeti privremeno olakšanje, te je namjerno samoozljeđivanje negativno potkrijepljeno (kroz smanjivanje nepoželjnih unutarnjih iskustava, naročito se odnosi na emocionalna).

S vremenom veza između averzivnih emocija i DSH postaje sve jača, te namjerno samoozljeđivanje postaje automatski odgovor i bijeg od neugodnih emocija i emocionalne pobuđenosti. Osobe koje se uključuju u namjerno samoozljeđivanje uz intenzivan emocionalni odgovor i poteškoće regulacije pobuđenosti, također slabije toleriraju stres, pokazuju deficite u vještinama emocionalne regulacije kao i poteškoće u pronalaženju i primjeni alternativnih rješenja kada su u stanju emocionalne pobuđenosti (Chapman i sur., 2006). Iskustveno izbjegavanje može dovesti do negativnih posljedica, na način da emocionalni odgovor na stimulse bude intenzivniji ili češći, osoba ne nalazi druge načine nošenja sa emocijama, ponavlja se DSH te se stvara začarani krug.

Iskustveni izbjegavajući model DSH (adaptirano, preuzeto i prevedeno iz Chapman, Gratz i Brown, 2006) prikazan je na slici 1.



**Slika 1.** Iskustveni izbjegavajući model DSH (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Chapman, Gratz i Brown, 2006)

### 1.3.1.7. Integrirani teorijski model

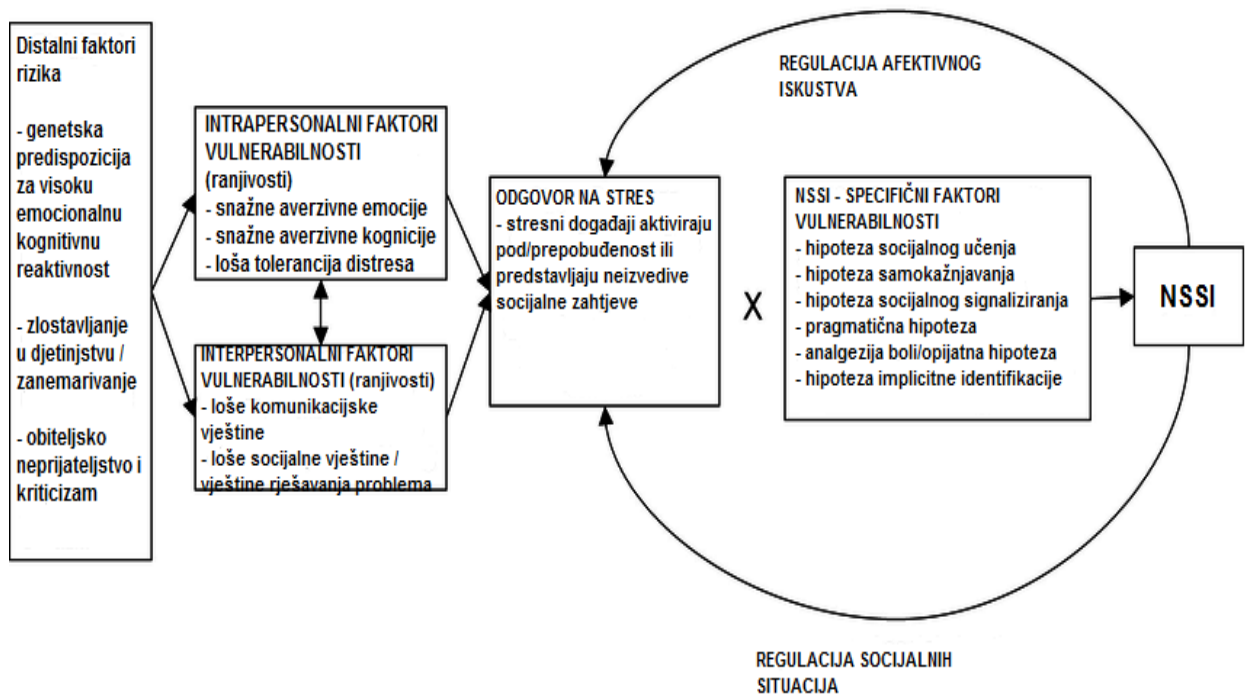
Integrirani teorijski model (Nock, 2009) nastoji ujediniti različite spoznaje te dati svobuhvatnije razumijevanje kako nastajanja tako i održavanja namjernog samoozljeđujućeg ponašanja. Model navodi da namjerno samoozljeđivanje uspijeva dobro regulirati emocionalna/afektivna iskustva kao i socijalne situacije. Uzima u obzir važnost distalnih čimbenika (kao na primjer izloženost zlostavljanju u djetinjstvu, roditeljski kriticism), intra i interpersonalnu vulnerabilnosti uz porast rizika za samoozljeđivanje ako su uz navedene čimbenike prisutni i određeni specifični čimbenici (povezani sa samoozljeđivanjem kao što su želja za samookažnjavanjem, socijalno modeliranje) (Nock, 2009; Nock 2010).

Ukoliko postoje određene genetske predispozicije za visoku emocionalnu ili kognitivnu reaktivnost, te ukoliko je osoba bila izložena zlostavljanju u djetinjstvu, obiteljskom nasilnom ponašanju ili kriticismu (distalni faktori) rizik za samoozljeđivanje se povećava. Navedeni distalni faktori mogu dovesti do intrapersonalne ili interpersonalne vulnerabilnosti što uz

određene životne stresove može voditi ka samoozljeđivanju. Distalni faktori koji predisponiraju intra i interpersonalnu vulnerabilnost mogu voditi ne samo NSSO nego nizu psihopatologija. Kada se uz navedno (distalni faktori i intra/interpersonalna vulnerabilnost) dodaju specifični vulnerabilni čimbenici povezani sa NSSO rizik za samoozljeđivanje značajno raste. Intrapersonalna ranjivost kod osoba koje se samoozljeđuju je obilježena slabijom sposobnošću tolerancije stresa, značajnijim izbjegavanjem stresnih zadataka u odnosu na osobe koje se ne uključuju u samoozljeđivanje (Nock, 2009), samoizvještavanju o većoj pobuđenosti uslijed izloženosti stresnim događajima (Nock, 2010) te potrebom ulaganja velikog truda kako bi suzbili neugodne osjećaje ili neugodne misli (Nock, 2010). Interpersonalna vulnerabilnost je povezana sa slabijim socijalnim vještinama (na primjer slabije rješavanje problema) kao i slabijim komunikacijskim i verbalnim vještinama (Nock, 2010).

Specifični vulnerabilni čimbenici koji doprinose NSSO a razmatraju se u okviru integrativnog teorijskog modela uključuju određene hipoteze kao što su hipoteza socijalnog učenja, hipoteza samo-kažnjavanja, socijalno signalizirajuća hipoteza, opioidna hipoteza, implicitno-identificirajuća te pragmatična hipoteza. Većina od navedenih hipoteza već je opisivana u okviru prethodnih modela te doprinose razumijevanju složenog fenomena namjernog samoozljeđujućeg ponašanja. U ovom odjeljku će biti opisane implicitno-identificirajuća te pragmatična hipoteza.

Implicitno-identifikacijska teza podrazumijeva da će osoba birati ona ponašanja s kojima se može identificirati i o kojima ima implicitan stav. Prema Greenwald u i sur. (2009) implicitne asocijacije i identifikacije utječu na kasnija ponašanja osoba. Kada se osoba uključi u namjerno samoozljeđivanje te se identificira s tim ponašanjem i ocijeni ga učinkovitim za regulaciju emocionalno/kognitivnog ili socijalnog iskustva ponovo, i kasnije ga može koristiti i dati mu prednost nad drugim učinkovitim načinima nošenja sa zahtjevnim situacijama (Nock, 2010). Pragmatična hipoteza navodi da je samoozljeđivanje brza i dostupna metoda regulacije emocionalno/kognitivnog ili socijalnog iskustva, naročito se odnosi na adolescente kojima je samoozljeđivanje dostupnije od drugih metoda ili sredstava (na primjer alkohol, droga) i mogu ga provoditi u privatnom okruženju (Nock, 2010).



**Slika 2.** Integrativni teorijski model razvoja i održavanja samo-ozljeđivanja (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Nock 2009).

### 1.3.2. Teorije koje objašnjavaju suicidalno ponašanje

Čimbenici u podlozi i nastanku suicida su brojni, počevši od bioloških, psihoških, socioloških, kulturološki, te je važno razmatrati kako rizične tako i zaštitne čimbenike te njihova međudjelovanja (Hawton i sur., 2012; O'Connor i Nock, 2014; Turecki i Brent, 2016). Postoji niz teorija i modela koji nastoje objasniti složenost nastanka suicida i suicidalnog ponašanja a u ovom radu će biti opisani najznačajniji od njih.

#### 1.3.2.1. Sociološki model suicida

U samim počecima promišljanja o suicidu krajem XIX. stoljeća sociolog Emil Durkheim kategorizira samoubojstva u četiri osnovne skupine, pri čemu se suicidalno ponašanje promatra kroz interakciju pojedinca i društva. On navodi egoistični, altruistički, anomični i fatalistički suicid. Egoistični suicid je povezan s nedovoljnom integracijom u društvo i uz gubitak socijalnog interesa individualca za društvo. Altruistički suicid povezuje sa



pojedincu pretjeranom integracijom u društvo te uz naglašenu povezanost pojedinca sa socijalnom skupinom. Anomično samoubojstvo povezuje sa velikim krizama i promjenama, u kojima osoba nije sposobna nositi se sa brzim društvenim promjenama i krizama te suicid koristi kao rješenje. Fatalistički suicid veže se uz visoku regulaciju od strane društva, osobe su nemoćne upravljati vlastitim životom, odnosno smatraju da je njihov život nema smisla jer je život izrazito ograničen društvenom situacijom (Durkheim, 1951).

### 1.3.2.2. Biologijski model suicida

Neurobiološka podloga suicida razmatra važnost i promjene u razini neurotransmitora (serotonina, noradrenalina i dopamina), pojačanu aktivnost na razini hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (Berardelli i sur., 2020), te sniženu razinu kolesterola (González-Castro i sur., 2021). Prema istraživanjima smanjena je razina serotonina, kao i funkcionalnost enzima koji sintetizira serotonin u mozgu suicidalnih osoba, a snižena razina serotonina povezuje se s impulzivnošću i agresivnošću što može uključivati i autoagresiju u okviru suicidalnog ponašanja, razina norepinefrina je povećana dok istraživanja vezana za dopamin ne donose jasne zaključke (Karthick i Barwa, 2017).

### 1.3.2.3. Psihodinamski model

Psihodinamski model polazi od tumačenja psihoanalitičara Sigmunda Freuda (1917) koji navodi postojanje nagona za smrću (thanatos) odnosno postojanje nesvjesnog nagona za smrću. On navodi postojanja agresivnog impulsa koji je u početku bio usmjeren prema značajnim drugim osobama iz okoline s kojima se individua poistovjećuje, a potom voljeni objekt biva napušten ili izgubljen, te autoagresija nastaje kada se ljutnja ili agresija prema izgubljenom objektu usmjeri prema samom sebi (Freud, 1917). Predlaže se da je samoubojstvo uzrokovano nesvjesnim nagonima. W. W. Menninger (2007) navodi tri motiva povezana sa suicidom koji uključuju želju da se ubije (ego-agresija okrenuta unutra); želju da se bude ubijen (povezana sa krivnjom radi postojanja ubilačkih poriva, odnosno superego-autoagresija koja proizlazi iz osjećaja krivnje) i želju za smrću.

#### 1.3.2.4. Kognitivni model suicidalnosti

Kognitivni model polazi od Beckove teorije koja predlaže da postoji dijateza za depresivne i suicidalne simptome, u podlozi kojih su negativna vjerovanja, disfunkcionalni stavovi i kognitivne distorzije. Kada vulnerabilna individua doživi značajan stresni događaj aktiviraju se maladaptivna i iskrivljena vjerovanja koja vode negativnim afektivnim sadržajima i maladaptivnim ponašanjima te nastaju simptomi depresije (Beck i sur., 1979; Beck i sur., 1993). Ukoliko je ranjivost osobe izraženija, a psihijatrijski poremećaj ozbiljniji, manje stresa je potrebno da bi se aktivirali kognitivni procesi povezani sa suicidom. Kao varijable raspoložive ranjivosti osobe, Wenzel i Beck (2008) su predložili maladaptivni kognitivni stil, nedostatke u rješavanju problema, impulzivnost, osobine ličnosti (na primjer introvertiranost) te emocionalnu disregulaciju. Kao posebno značajan maladaptivni kognitivni stil navode beznađe koje utječe na suicidalnost (Wenzel i Beck, 2008).

#### 1.3.2.5. Model socijalnog učenja i suicid

Prema teoriji socijalnog učenja, većina ljudskog ponašanja uči se i usvaja kroz promatranje, modeliranje ili oponašanje drugih osoba. Ukoliko se osoba može identificirati sa drugom osobom koja se uključuje u određeno ponašanje (roditelji, vršnjaci) vjerojatnije je da će se ponašanje dogoditi. Teorija navodi da se svako ponašanje pa tako i suicidalno može naučiti kroz direktnu ili indirektnu izloženost takvom ponašanju u okolini. Izloženost prijatelju ili članu obitelji koji je pokušao suicid ili počinio suicid značajno povećava rizik od samoubojstva adolescenata, bez obzira na razinu depresije (Nanayakkara i sur., 2013). Prema istraživanju Swansona i Colmana (2013), suicid koji počinu vršnjaci (školske kolege) snažniji su prediktor suicidalnih ideja i pokušaja kod adolescenata nego kada suicid pokuša neka druga osoba iz okoline koju su poznavali. Utjecaj vršnjaka tijekom adolescencije je iznimno važan, a prenošenje ponašanja između adolescenata poznat je i kao društvena/socijalna zaraza ili vršnjačka zaraza koja uzima u obzir vulnerabilnost adolescenata i podložnost za model ponašanja kojemu su izloženi (Heilbron i Prinstein, 2008; Zhu i sur., 2016.). Dostupnost interneta adolescentima nudi mogućnost pretraživanja, kontaktiranja drugih (putem web stranica, društvenih mreža) vezano i za suicid (Belfort i sur., 2012; X. Liu i sur., 2020). Postoji povezanost između visoke razine korištenja interneta, ovisnosti o internetu, te izloženost web stranicama sa samoozljeđivanjem ili suicidalnim sadržajima sa suicidalnim ponašanjem (Marchant i sur., 2017). Uz negativne strane korištenja interneta koje mogu djelovati zarazno

na adolescente navode se i pozitivne mogućnosti korištenja interneta kao što su prevladavanje izolacije i usamljenosti, traženja i dobivanja suporta u kriznim situacijama, traženja informacija o terapiji i pomoći (Marchant i sur., 2017).

Obzirom na kompleksnost suicida noviji modeli suicidalnosti, takozvane „nove generacije teorija suicida“ nastoje odgovoriti na pitanja kako od suicidalne ideje dolazi do suicidalnog pokušaja, te kako su put od želje za suicidom i suicidani pokušaj različiti procesi s različitim objašnjenjima.

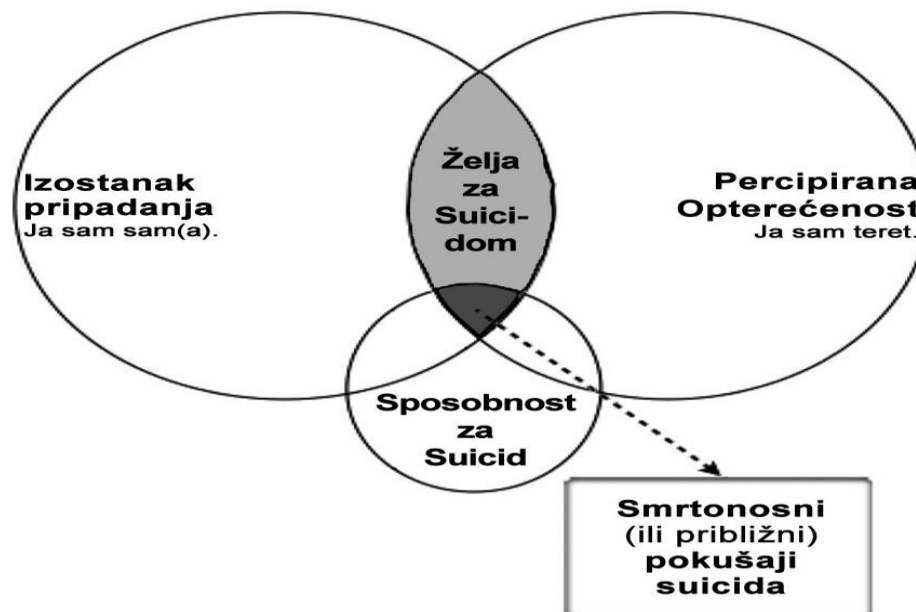
Neki od modela su: Interpersonalni teorijski model suicida (van Orden i sur., 2010), Integrativni motivacijsko-voljni model suicida (O'Connor i Kirtley, 2018), Teorija tri koraka (Klonsky i May, 2015).

### 1.3.2.6. Interpersonalni teorijski model suicida

Joiner (2005) je jedan od prvih istraživača koji je predložio Interpersonalni teorijski model. Prema njegovom modelu da bi netko pokušao suicid treba imati želju da pokuša suicid kao i biti sposoban za pokušaj suicida (Klonsky i sur., 2018; van Orden i sur., 2010). Navodi se da razvoj suicidalne želje nastaje kao rezultat interakcije između osujećenog pripadanja i percipirane opterećenosti, dok se razvoj sposobnosti za suicidalni pokušaj opisuje terminom „stečena sposobnost za suicid“ (van Orden i sur., 2010). Želja i potreba za pripadanjem kod individua se razvija kroz socijalnu povezanost, pozitivne i suportivne međusobne odnose; dok socijalna izolacija te izostanak uzajamnih odnosa narušavaju doživljaj pripadanja. Smatra se da percipirana opterećenosti ima dvije dimenzije, jedna se odnosi na uvjerenje same osobe da je teret za druge (uključuje npr. prijatelje i obitelj ali i druge osobe) a druga na mržnju prema sebi (van Orden i sur., 2010). Pokazatelji mržnje prema sebi uključuju samooptuživanje, uznemirenost te nisko samopoštovanje (van Orden i sur., 2010.). Unatoč prisustvu i postojanju suicidalne ideje i želje većina ljudi ipak neće dalje razvijati put ka suicidalnom pokušaju, jer kod većine ipak prevladava strah koji nam je ugrađen evolucijski. Koncept sposobnosti za pokušaj suicida se naziva stečena sposobnost za suicid, te se opisuje kao rezultat kombinacije povećane tolerancije na bol i smanjenog straha od smrti (van Orden i sur., 2010.).

Osoba se navikava na štetna ponašanja, te osobe koje se uključuju u samoozljeđivanje u početku mogu osjećati strah od bolova, ali ukoliko nakon samoozljeđivanja nastupi olakšanje ono će kod pojedinca prevadati doživljeni strah. Također i doživljavanje nasilja od strane

drugih vodi navikavanju na bolna iskustva (van Orden i sur., 2010). Izloženost određenim bolnim događajima, što može uključivati zlostavljanja u djetinjstvu, samoozljeđivanja te raniji pokušaji suicida mogu povećavaju sposobnost korištenja smrtonosnih sredstava u budućim pokušajima (Klonsky i sur., 2018).



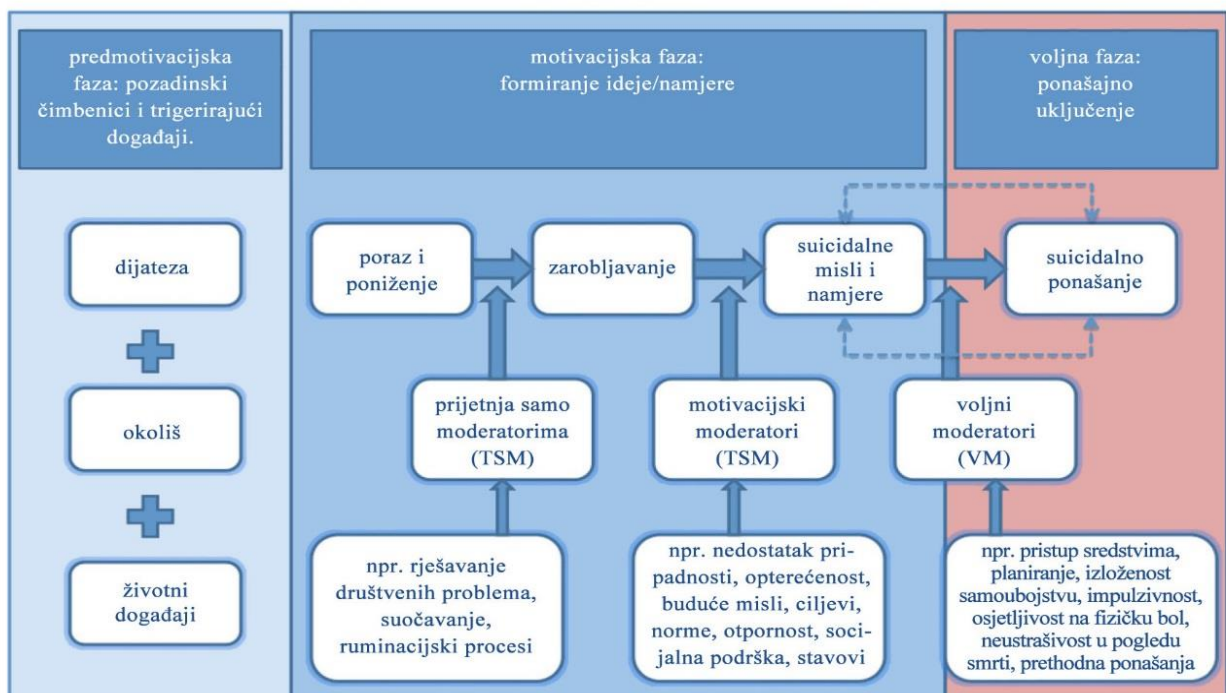
**Slika 3.** prikazuje Interpersonalnu teoriju suicida (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Van Orden i sur., 2010)

### 1.3.2.7. Integrativni motivacijsko-voljni model suicida

Model nastoji sveobuhvatno prikazati procese uključene u nastanak suicida, te opisuje biopsihosocijalni kontekst u kojem se opisuju tri faze koje uključuju: predmotivacijsku fazu, motivacijska i voljnu fazu (O'Connor i Kirtley, 2018). Predmotivacijska faza uključuje dijateze-stres procese kojima započinje kretanje prema suicidu, odnosno uključuje dijatezu (vulnerabilnost) i životne događaje koji mogu pokrenuti procese koji vode suicidalnim idejama i suicidalnim pokušajima (O'Connor i Kirtley, 2018). Nakon predmotivacijske faze slijedi motivacijska faza, obilježena formiranjem ideje/namjere. Puno različitih životnih okolnosti može voditi do osjećaja poniženja ili osjećaja poraza što u kombinaciji s određenim moderatorima (kao što su na primjer loše vještine rješavanja problema) mogu osobu dovesti u poziciju zarobljenosti. Ako se u obzir uzmu i drugi moderatori (nazvani motivacijski

moderatori, kao na primjer doživljaj pripadanja, odnosno nedostatak pripadnosti, opterećenosti, norme, ciljevi), zarobljenost može voditi tome da se suicid vidi kao izlaz iz životnih okolnosti i rezultira suicidalnom idejom i namjerom (Klonsky i sur., 2018; O'Connor i Kirtley, 2018). Integrativni motivacijsko voljni model razlikuje čimbenike rizika za suicidalne ideje i čimbenike rizika za suicidalne pokušaje. Prisutnost ili odsustvo voljnih moderatora su ključni za voljnu fazu koja je obilježena provođenjem suicidalne namjere. Moderatoru značajni za voljnu fazu, da bi suicidalna ideja prešla u suicidalni pokušaj; podrazumijevaju više od stečenih kapaciteta/sposobnosti za suicid; uključuje čimbenike kao što su impulzivnost, pristup letalnim sredstvima, izloženost suicidalnim pokušajima drugih osoba, povijest prethodnih pokušaja suicida ili samoozljeđivanja i drugi (Klonsky i sur., 2018; O'Connor i Kirtley, 2018).

Slika 4. prikazuje Integrativni motivacijsko-voljni model suicida, adaptirano, preuzeto i prevedeno iz O'Connor i Kirtley (2018).



**Slika 4.** Integrativni motivacijsko-voljni model suicida (adaptirano, preuzeto i prevedeno iz O'Connor i Kirtley, 2018)

## 1.3.2.8. Teorija tri koraka

Klonsky i May (2015) opisuju put od suicidalne ideje do suicidalnog pokušaja kroz Teoriju tri koraka. Kombinacija boli (različite boli, iako se najčešće odnosi na psihološku) i beznada su potrebni za razvoj i održavanje suicidalne ideje i to predstavlja prvi korak. Bolan, jadan, averzivan život se nastoji izbjeći, a ukoliko pak postoji nada za bolju budućnost osoba se ne usmjerava na suicid. Autori navode važnost kombinacije, odnosno zastupljenost i boli i beznada. Među osobama koji doživljavaju i bol i beznade, povezanost je ključni zaštitni čimbenik protiv eskaliranja suicidalnih ideja. Ukoliko bol nadjačava povezanosti kao što je na primjer povezanost sa voljenom osobom ili vrijednosnim sustavom (autori navode na primjer važnost privrženosti poslu, određenom intresu, ulozi i slično) pasivne suicidalne ideje postaju sve jače i aktivne (drugi korak). Teorija sugerira da je u trećem koraku prelazak od suicidalne ideje u pokušaj olakšan dispozicijskim, stečenim i praktičnim doprinosima. Dispozicijski doprinosi uključuju genetsku predispoziciju za visok prag boli i nizak prag straha od smrti, stečeni uključuju objašnjenja da navikavanje na iskustva koja su povezana s boli i ozljedama s vremenom dovode do većeg kapaciteta/sposobnosti za pokušaj suicida (Joiner, 2005; Klonsky i May, 2015) a praktični doprinosi se odnose na konkretne čimbenike koji mogu olakšati pokušaj suicida, kao na primjer znanje o učinku letalnih sredstava, dostupnost letalnom sredstvu kao na primjer dostupnost vatrenom oružju i slično (Klonsky i May, 2015; Klonsky i sur., 2018).

Budući da će se u ovom radu istraživati uloga emocionalne regulacije, obiteljskih odnosa i razvoja identiteta na autoagresivno ponašanje kod adolescenata, u nastavku će se definirati konstrukti i pojasniti teorijska pozadina svakoga od njih.

## **1.4. Emocionalna regulacija**

Emocionalna regulacija je važna za sveukupno uspješno funkcioniranje pojedinca, te predstavlja širok koncept koji obuhvaća mnoge regulacijske procese, poput regulacije samih emocija u odnosu na regulaciju emocija od strane drugih i regulaciju same emocije u odnosu na regulaciju njenog temeljnog obilježja (Garnefski i sur., 2001). Prema Thompsonu (1994) emocionalna regulacija uključuje kako intrizičke tako i ekstrizične procese koji su odgovorni za praćenje, vrednovanje i modificiranje emocionalnih reakcija, te navodi kako su naročito

važna obilježja intenziteta, frekvencije emocija i trajanja emocija, a s ciljem postizanja ciljeva pojedinca.

Gross (1998) objašnjava emocionalnu regulaciju kao proces kojim osoba utječe na to koje će emocije doživjeti, kada će ih doživjeti i način kako će ih izraziti, te navodi da prepoznavanje i razumijevanje vlastitog emocionalnog iskustva omogućava osobi regulaciju koja uključuje nadgledanje, evaluiranje i modificiranje emocija. Također, navodi da regulacija emocija uključuje pokušaje promjene emocionalnog stanja kroz utjecaj na intenzitet, trajanje ili kvalitetu emocija (Gross, 2015).

Emocionalna regulacija uključuje svjesne i nesvjesne procese (koje koristimo za povećavanje, održavanje ili smanjivanje emocionalnog odgovora) a to može uključivati fiziološku, socijalnu ili ponašajnu komponentu; pa na primjer socijalna komponenta emocionalne regulacije može uključivati interpersonalni suport, dok se ponašajna komponenta reguliranja emocija odnosi na različite bihevioralne strategije suočavanja (Garnefski i sur., 2001). Upravljanje emocijama može se odvijati kroz kognitivne procese, svjesne, kao što su katastrofiziranje, okrivljavanje sebe ili drugih; ili nesvjesne, kroz poricanje, projekcije ili procese selektivne pažnje (Garnefski i sur., 2001). Čudina-Obradović i Obradović (2006) navode kako emocionalna regulacija omogućava pojedincu zaštitu od neugodnih emocija (regulacija emocionalnoga doživljaja), te pomaže kako izraziti emocije u skladu sa zahtjevima okoline (regulacija ponašanja) (regulacija ponašanja) (Macuka i sur., 2012). Dok su početna objašnjenja emocionalne regulacije naglašavala poteškoće kontrole emocionalnog doživljaja, posebno negativnih emocija kao i važnost smanjivanja emocionalnog uzbuđenja, kasniji pristupi razumijevanju emocionalne regulacije navode kako nesposobnost doživljavanja emocija, diferenciranja cijelog dijapazona emocija te mogućnosti/nemogućnost spontanog reagiranja mogu biti maladaptivni (Gratz i Roemer, 2004). Za praćenje i vrednovanje emocionalnog doživljaja/iskustva kao i mogućnost izmjene emocionalnog iskustva iznimno je važna svijest o emocijama i razmišljanje emocija, a pokušaj suprimiranja izražavanja emocija može voditi povećanom fiziološkom uzbuđenju što pak može povećati rizik za disregulaciju emocija (obzirom da je veću razinu fiziološkog uzbuđenja i teže regulirati) (Gratz i Roemer, 2004). Ranija istraživanja su objašnjavala adaptivnu emocionalnu regulaciju, što uključuje promjenu u intenzitetu emociju ili trajanju emocija umjesto uklanjanja same emocije koja se doživljava (Gratz i Roemer, 2004; Thompson, 1994) kao i sposobnosti zaustavljanja impulzivnog ili neprikladnog ponašanja kada se dožive neugodne emocije (Gratz i Roemer, 2004; Linehan, 1993).

Emocionalna regulacija uključuje upravljanje različitim komponentama što uključuje fiziološko uzbuđenje, kognitivnu evaluaciju, ponašajnu ekspresiju, motivaciju i ciljeve te intenzitet i trajanje vlastitog subjektivnog iskustva (Thompson, 1994; Sim i sur., 2009); podrazumijeva prepoznavanje i razumijevanje vlastitih emocionalnih iskustava (Gross, 1998; Macuka i sur., 2012), pomaže osobi uskladiti izražavanje emocija sa zahtjevima okoline (regulacija ponašanja) i zaštitu od neugodnih emocija, da ih osoba kontrolira tako da ne ometaju njeno funkcioniranje (regulacija emocionalnoga doživljaja) (Čudina-Obradović i Obradović, 2006; Macuka i sur., 2012).

U svrhu boljeg razumijevanje emocionalne regulacije Gratz i Roemer (2004) predlažu integrativnu konceptualizaciju koja naglašava funkcionalnost emocija. Emocionalnu regulaciju definiraju kao multidimenzionalni konstrukt, koji uz modulaciju emocionalnog uzbuđenja navodi i druge važne komponente koje uključuju: svijest, razumijevanje emocija i prihvaćanje emocija; sposobnost uključiti se u ciljno-usmjerena ponašanja te spriječiti impulzivno ponašanje kada se dožive negativne emocije; sposobnosti i fleksibilnost u primjeni situacijski prikladnih strategija moduliranja intenziteta i/ili trajanja emocionalnih odgovora, a ne za potpuno uklanjanje emocija; spremnost na doživljavanje negativnih emocija kao sastavnog dijela važnih životnih aktivnosti (Gratz i Roemer, 2004). Odsutnost bilo koje od ovih sposobnosti označava disregulaciju emocija (Gratz i Roemer, 2004).

Sveukupno, emocionalna regulacija uključuje mogućnost procjene što uzrokuje emocije, uključuje sposobnost biranja reakcija i upravljanje emocijama, kao i sposobnost da se odgodi zadovoljenje neke želje ili potrebe, a sve kako bi se ispunili ciljevi pojedinca i odogovorilo na situacijske zahtjeve (Macuka, 2012).

Jedan od najbitnijih čimbenika u razvoju emocionalne regulacije je obiteljsko okruženje, te tijekom odrastanja, u ranoj dobi roditelji pomažu reguliranju emocija djeteta kroz milovanje, promjenom svoje/vlastite facijalne ekspresije, odgovaranjem na potrebe djeteta i zadovoljavanje potreba djeteta. Sa sazrijevanjem, usvajanjem i razvojem emocionalnih vještina te kognitivnim razvojem djeca postaju neovisnija u reguliranju vlastitih emocija (Morris i sur., 2007). Odrastanje u okruženju koje otvoreno pokazuje emocije utječe na djetetovu sposobnost komuniciranja vlastitih emocija te prepoznavanja emocija drugih (Eisenberg i sur., 1998; Sim i sur., 2009). S druge strane, neprimjereno okruženje ne nauči pojedinca kako regulirati intenzivne emocije na prikladan način (Linehan, 1993; Sim i sur., 2009). Linehan (1993) uvodi pojam emocionalne disregulacije koju opisuje kao visoku emocionalnu ranjivost, pojačanu



osjetljivost na emocije (emocionalne znakove) te spor povratak u osnovno/bazično emocionalno stanje (Neasciu i sur., 2017). Emocionalna disregulacija nastaje i održava se zbog nedostatnih i neučinkovitih strategija emocionalne regulacije te prisustva maladaptivnih regulacijskih strategija (Linehan, 1993; Neasciu i sur., 2017).

Važnost uloge obitelji u emocionalnoj regulaciji djeteta opisuju Morris i sur. (2007) kroz njihov **Tripartitni/Trostruki model utjecaja obitelji na djetetovu emocionalnu regulaciju i prilagodbu**, koji u obzir uzima uz karakteristike djeteta i karakteristike roditelja i obitelji. Učinci obiteljskoga konteksta na prilagodbu djece (internalizacija, eksternalizacija, socijalna kompetencija) su izravni, ali prema modelu dio utjecaja obiteljskog konteksta odvija se kroz utjecaj obitelji na emocionalnu regulaciju djece, te je uloga emocionalne regulacije u ovom modelu medijacijska (Morris i sur., 2007). Trostruki model navodi da roditelji utječu na djetetovu regulaciju emocija kroz tri mehanizma:

- 1) dječja opservacija roditeljske regulacije emocija (na primjer, modeliranje);
- 2) specifične roditeljske prakse i ponašanja vezana za emocije (na primjer, reakcije na emocije); te
- 3) emocionalna klima obitelji (na primjer, privrženost, roditeljski stil, ekspresija emocija, obiteljski odnosi) (Morris i sur., 2007).

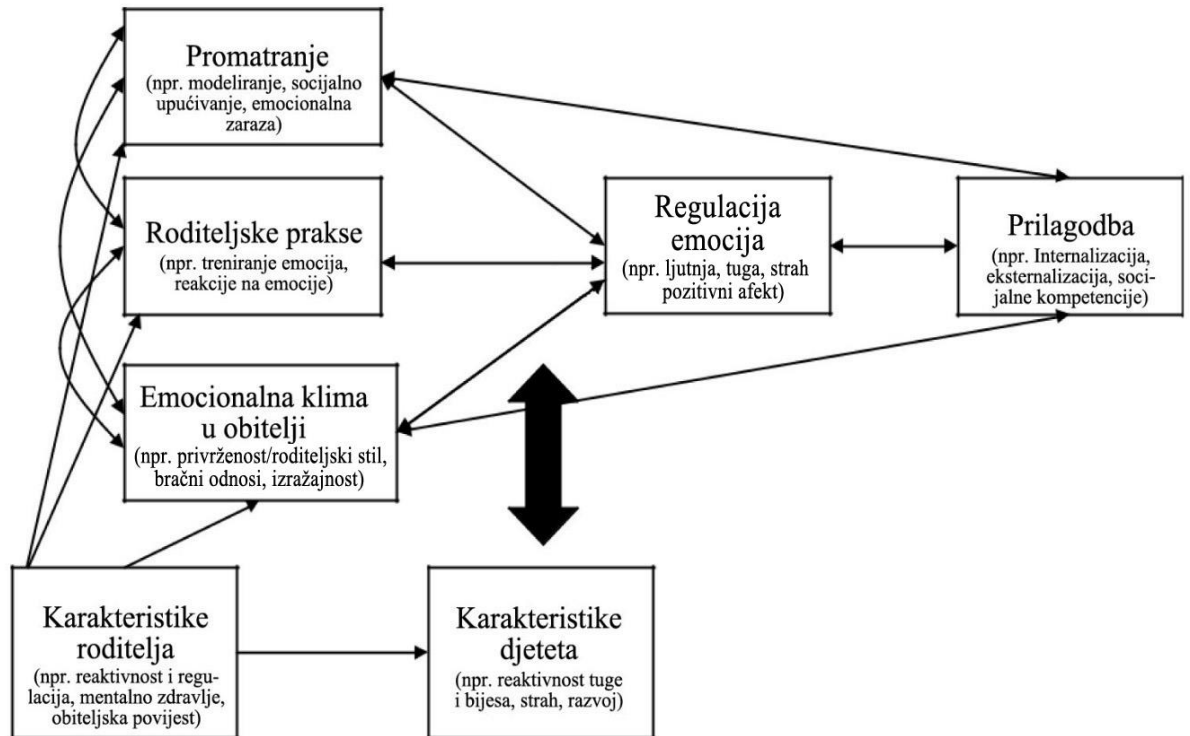
Prema ovom modelu obiteljski utjecaji i emocionalna regulacija djeteta su dvosmjerni procesi, te djeca i obitelj međusobno utječu jedni na druge tijekom razvoja. Model uzima u obzir same karakteristike roditelja (kao što su mentalno zdravlje roditelja, emocionalna reaktivnost i regulacija samih roditelja) koje dijete promatra i izloženo je njima tijekom svog odrastanja (Morris i sur., 2007). Karakteristike samih roditelja utječu na prvu komponentu a to je roditeljsko modeliranje, te Morris i sur. (2007) navode da način na koji roditelji reguliraju vlastite emocije i strategije koje koriste u regulaciji emocija služe kao model za djecu.

Druga komponenta opisana u ovom modelu je roditeljska praksa, koja uključuje različite pristupe roditelja vezano za izražavanje emocija djeteta pri čemu pristup roditelja može biti podržavajući ili nepodržavajući. Suportivni roditelji šalju poruku djeci da su sve emocije dozvoljene te pomažu i uče djecu kako konstruktivno rješavati probleme i na taj način doprinose emocionalnoj kompetenciji djeteta dok nepodržavajući roditeljski pristup obezvrijeđuje emocije djeteta, vodi nerazvijanju mogućih načina za smanjivanje emocionalne

pobuđenost, te dijete dobije poruka da emocije treba izbjegavati. Utvrđena je povezanost između obitelji u kojima se izražavaju emocije te prihvaćaju različite emocije sa višom razinom razmišljanja emocija i emocionalnom kompetencijom (Eisenberg i sur., 1998; Gottman i sur., 1996; Gunzenhauser i sur., 2014; Morris i sur., 2007).

Emocionalna klima (uključujući i stil roditeljstva) koja je odraz raznih procesa i dinamike odnosa među njezinim članovima je treća komponenta koju opisuje model. Emocionalna klima koja prevladava vidljiva je prema količini pozitivnih ili negativnih emocija koje prevladavaju u obitelji i odražava se na kvalitetu odnosa u obitelji (Morris i sur., 2007). Odrastanje u dosljednom i odgovornom okruženju, uz prihvaćanje od strane okoline, omogućava djeci sigurnost i slobodu u izražavanju emocija i emocionalnih potreba uz poruku da će njihove potrebe biti zadovoljene. Odrastanje u okruženju gdje su postavljena pravila kakva ponašanja se očekuju i koje posljedice slijede nakon lošeg ponašanja doprinose osjećaju emocionalne sigurnosti, dok s druge strane, nepredvidiva obiteljska emocionalna klima, narušena emocionalna klima obitelji uslijed narušenih bračnih odnosa između partnera, izlažu dijete riziku za povećanu emocionalnu reaktivnost, te usvajanju neadaptivnih načina rješavanja sukoba (Cummings i Davies, 2002; Eisenberg i sur., 1998; Morris i sur., 2007). Istraživanja navode da roditeljstvo utječe i putem emocionalne regulacije na prilagodbu djece, te da su roditeljski emocionalni suport, podučavanje o emocijama, pozitivan afekt povezani sa učinkovitom emocionalnom regulacijom kod djece dok se permisivnost, roditeljska psihološka kontrola, kriticizam uz ekspresiju ljutnje povezuje s poteškoćama u emocionalnoj regulaciji djece (Morris i sur., 2017).

Slika 5 prikazuje Trostruki model utjecaja obitelji na dječju emocionalnu regulaciju i prilagodbu (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Morris i sur., 2007).



**Slika 5.** Trostruki model utjecaja obitelji na dječju emocionalnu regulaciju i prilagodbu (adaptirano, preuzeto i prevedeno prema Morris i sur., 2007)

#### 1.4.1. Emocionalna regulacija i autoagresivno ponašanje adolescenata

Poteškoće emocionalne regulacije razni autori povezuju sa emocionalnim i ponašajnim problemima djece/adolescenata ali i sa autoagresivnim ponašanjima (Kranzler i sur., 2016). Autoagresivna ponašanja, koja uključuju NSSO, suicidalne ideje i suicidalne pokušaje, prema brojnim teoretičarima, promatraju se kao maladaptivne strategije kojima se nastoje reducirati intenzivne negativne emocije odnosno javljaju se kod osoba koje nisu u stanju nositi se s kroničnim i intenzivnim emocijama na adekvatan način (Linehan, 1993; Neasciu i sur., 2017; Yamokoski i sur., 2011). Namjerno samoozljeđivanje može poslužiti za izražavanje, validiranje ili reguliranje disforičnih osjećaja kao što su napetost, bol, ljutnja, depresija te može poslužiti za okončavanje disocijativnih stanja (Nixon i sur., 2002). NSSO se često opisuje kao maladaptivna metoda regulacije emocija (Brown i sur., 2002; Klonsky, 2007), a deficiti emocionalne regulacije se povezuju sa NSSO-om među adolescentima i mladim odraslim osobama (Gratz i Roemer, 2008; Kranzler i sur., 2016). Pritom akutni negativni afekt često prethodi samoozljeđivanju, samoozljeđivanje često snižava negativne afekt, a osoba se u NSSO uključuje s namjerom ublažavanja negativnog afekta (Klonsky, 2007; Kranzler i sur., 2016).

Psihofiziološka istraživanja navode NSSO u svrhu regulacije emocija, navodi se da se fiziološko uzbuđenje smanjilo tijekom i nakon NSSO kod osoba s poviješću samoozljeđujućeg ponašanja, a i same osobe izvještavaju da je samoozljeđujuće ponašanja povezano sa smanjivanjem negativnih emocija (na primjer tuge, napetosti) (Andover i Morris, 2014). Osobe koje se uključuju u NSSO izvještavaju o većoj emocionalnoj disregulaciji u odnosu na one koje se ne uključuju u samoozljeđivanje, navedeno se odnosi na klinički i neklinički uzorak (Andover i Morris, 2014; Gratz i Chapman, 2007; Gratz i Roemer, 2008). Istraživanja djece (Tamás i sur., 2007) i adolescenata (Weinberg i Klonsky, 2009); koja su koristila model Gratza i Roemera (2004) prema kojem su za regulaciju emocija važne sljedeće odvojene ali i povezane dimenzije koje uključuju: svjesnost i razumijevanje emocija, jasnoću emocija, prihvaćanje emocija, sposobnost kontroliranja impulsa kada se doživljavaju negativne emocije, pristup strategijama regulacije emocija koje se percipiraju kao učinkovite i sposobnost u ponašanju usmjerenom prema cilju kada se doživljavaju negativne emocije; navode da su problemi emocionalne regulacije te nedostatne strategije emocionalne regulacije prediktori suicidalnih ideja kod navedene populacije (Neasciu i sur., 2017). U istraživanju Kranzler i suradnika (2016) na studentskoj populaciji nije pronađena direktna veza NSSO i emocionalne disregulacije, ali njihovi rezultati ukazuju na značajan neizravan učinak emocionalne disregulacije na NSSO putem internalizirajućih simptoma, te na pokušaj suicida putem NSSO.

Coppersmith i sur. (2023), opisuju da se i suicid može koristiti kao sredstvo za bijeg od nepodnošljivih unutarnjih afektivnih stanja. Navodi se da suicidalne misli služe kao utjeha, one izazivaju zamišljeno stanje olakšanja od ovog averzivnog stanja (Crane i sur., 2014.; Selby i sur., 2007) što dovodi do smanjenja negativnog afekta).

## **1.5. Obitelj i autoagresivno ponašanje adolescenata**

Obiteljsko okruženje navodi se kao jedan od najvažnijih prediktora sklonosti autoagresivnom ponašanju (Cassels i sur., 2018; Hankin i Abela, 2011; Tatnell i sur., 2013). Kao što je navodila Linehan (1993), neprimjereno obiteljsko okruženje, neadekvatno obiteljsko funkcioniranje i neadekvatno roditeljstvo može imati utjecaj na nastanak samoozljeđujućeg ponašanja (Tschan i sur., 2015). Neprimjereno okruženje može dovesti do poteškoća u emocionalnoj regulaciji što povećava vjerojatnost usvajanja negativnih vještina, uključujući i samoozljeđivanje, te postoje istraživanja koja pokazuju povezanost između neprimjerenog

obiteljskog okruženja te razvoja i održavanja NSSO (Crowell i sur., 2008; Kaess i sur., 2013; Tschan i sur., 2015).

Disfunkcionalni obiteljski odnosi rizičan su čimbenik za nesuicidalno samoozljeđivanje (Hankin i Abela, 2011). Obiteljska obilježja karakterizirana visokom razinom negativnog afekta, niskom razinom pozitivnog afekta u obitelji, niskom obiteljskom kohezijom (Crowell i sur., 2008), uz nepovoljna iskustva iz djetinjstva (na primjer zanemarivanje, majčina antipatija) povezuje se sa NSSO kod adolescenata (Kaess i sur., 2013; Tschan i sur., 2015). Manjak podrške od strane obitelji može imati značajan efekt na pojavu autoagresivnog ponašanja kod djece (Tatnell i sur., 2013). Adolescenti koji se samoozljeđuju (NSSO) percipiraju roditeljsko ponašanje nepovoljnijim u odnose na one koji se ne uključuju u samoozljeđivanja, te opisuju manje komunikacije, manje povjerenja, te više otuđenosti u odnosu sa roditeljima (Hilt i sur., 2008).

Strategije djetetove emocionalne regulacije su pod utjecajem okruženja, te odrastanje u nepodržavajućem, onesposobljavajućem okruženju dovodi do nerazvijanja emocionalnih vještina. Djeca iz takvog okruženja slabije prepoznaju vlastita emocionalna stanja, manje su spremna izraziti svoje negativne emocije drugima, dok se pokazalo da sigurno privržena djeca pokazuju više pozitivnog afekta, češće koriste kognitivne i socijalne strategije suočavanja, te su sposobna bolje regulirati emocije (Cooke i sur., 2019; Sim i sur., 2009). Adolescenti koji imaju nesigurniju privrženost s roditeljima, češće imaju i autoagresivne misli i ponašanja (Janssens i sur., 2023).

Prema istraživanjima suicidalno ponašanje adolescenata povezuje se sa negativnom percepcijom obiteljskih odnosa, te postoji povezanost između niskog roditeljskog prihvaćanja, visokog roditeljskog odbijanja i suicidalnih ideja kod adolescenata i mladih odraslih osoba (Steinhausen i Winkler Metzke, 2004). Adolescenti koji percipiraju obiteljsku koheziju dobrom, te da njihova obitelji ima dobru mogućnost prilagodbe bolje se nose sa stresnim situacijama, imaju pozitivne vještine suočavanja te su sposobniji izraziti svoje emocije (Perosa i Perosa, 2001). S druge strane, studija na adolescentima, navodi da je disfunkcionalno obiteljsko funkcioniranje, neovisno od depresivnih simptoma te čak i kada su ispitivani adolescenti bili u tretmanu; prediktor suicidalnih pokušaja (Wilkinson i sur., 2011). Cruz i sur. (2013) su proveli istraživanje o samoozljeđujućim mislima i ponašanju na općoj populaciji te na kliničkom uzorku adolescenata. Veća očeva kontrola i obiteljska kohezija, te veća kvaliteta emocionalne povezanosti s majkom, uz nižu majčinu kontrolu smanjuje vjerojatnost

uključivanja u samoozljeđujuća ponašanja adolescenata iz opće populacije, dok na kliničkom uzorku ženski spol, percepcija visoke razine odbacivanja od strane oca, percepcija visoke razine inhibicije izražavanja te individualnosti od strane majke, te niska razina zadovoljstva obiteljskim odnosima povećava vjerojatnost uključivanja u samodestruktivne misli i ponašanja (Cruz i sur., 2013).

Sim i suradnici (2009) istraživali su povezanost između obiteljskog emocionalnog okruženja i učestalosti DSH na psihijatrijskih hospitaliziranim adolescentima, te pokazali da je u skupini koja se samoozljeđuje lošija obiteljska emocionalna klima u odnosu na skupinu koja se ne uključuje u namjerno samoozljeđivanje. Adolescenti koji se uključuju u namjerna samoozljeđivanja/DSH pokazuju slabiju svijest o emocijama kao i nevoljkost u izražavanju emocija. Lošija obiteljska klima bila je marginalno povezana sa nesposobnošću adolescenata u prepoznavanju vlastitih emocija ali značajno povezana sa poteškoćama ekspresije vlastitih emocija djece prema drugima, te slabe vještine emocionalne regulacije imaju medijatorsku ulogu između loše obiteljske klime i DSH kod djevojaka (Sim i sur., 2009).

U Hrvatskoj se do sada nije istraživao kompleksan odnos individualnih i okolinskih čimbenika na autoagresivno ponašanje kod adolescenata, no istraživali su se pojedinačni elementi. Temom obiteljskih čimbenika i autoagresije bavila se Tripković na općem populacijskom uzorku adolescenata dobi između 14. do 19 godina oba spola te pokazala da su razdvojenost roditelja, psihička bolest oca i majke, alkoholizam oca, niska kohezija u obitelji, povezani sa autoagresivnim ponašanjem (Tripković i sur., 2013). Povezanost obiteljskih čimbenika, roditeljskog ponašanja obaju roditelja, emocionalne regulacije i internaliziranih i eksternaliziranih problema istraživala je Macuka i sur. (2012) na nekliničkom uzorku, odnosno na učenicima 7. i 8 r. osnovne škole. Pokazala je da roditeljska ponašanja utječu na izraženost internaliziranih problema djeteta, izravno i posredno. Ponašanje roditelja ima važnu ulogu u prilagodbi mlađih adolescenata, te djetetova percepcija određenih dimenzija roditeljskog ponašanja utječe izravno na prilagodbu djeteta ali i neizravno putem vještina emocionalne regulacije. Djeca koja percipiraju da ih roditelji manje prihvaćaju, više kontroliraju te više odbacuju pokazuju višu razinu internaliziranih i eksternaliziranih problema. Djetetova percepcija majčine kontrole i očeva prihvaćanja imali su izravne učinke na internalizirane probleme, to jest djeca koja procjenjuju da ih majka više kontrolira te otac manje prihvaća imaju više internaliziranih problema. Izravan učinak na eksternalizirane probleme djece imaju djetetova percepcija majčine kontrole, te očevog i majčinog prihvaćanja, odnosno djeca čija je percepcija da ih majka i otac manje prihvaćaju, a da ih majka češće kontrolira imaju više

eksternaliziranih problema (Macuka i sur., 2012). Djeca koja bolje reguliraju vlastite negativne emocije imaju manje internaliziranih i eksternaliziranih problema. Emocionalna regulacija objašnjava povezanost između internaliziranih problema i dječje percepcije prihvaćanja od strane majke, odbacivanja od strane oca te očeve kontrole, kao i djelomičnu povezanost između internaliziranih problema i prihvaćanja od strane oca. Emocionalna regulacija ima ulogu medijatora pri čemu neka roditeljska ponašanja majki (prihvaćanje) te očeva (prihvaćanje, odbacivanje i kontrola) mogu doprinosti razvoju internaliziranih problema kod mlađih adolescenata (Macuka i sur., 2012).

Posredan utjecaj pokazan je putem emocionalne regulacije na način da je za dobru emocionalnu regulaciju, kod djeteta značajna percepcija prihvaćenosti od strane oca i od strane majke. Odnosno djeca koja percipiraju veće prihvaćanje od strane majke te bolje prihvaćanje od strane oca bolje reguliraju vlastite negativne emocije, što pridonosi manjoj zastupljenosti internaliziranih problema. Ona djeca koja procjenjuju veće odbacivanje od strane oca kao i veću očevu kontrolu slabije reguliraju svoje negativne emocije što doprinosi većoj zastupljenosti internaliziranih problema (Macuka i sur., 2012).

## 1.6. Identitet

Jedna od najvažnijih razvojnih zadaća razdoblja adolescencije je uspostava stabilnog identiteta (Schlüter-Müller i sur., 2015). Različiti autori različito definiraju identitet. Ermann (2011) opisuje identitet kao smještenost u određeno prijelazno područje, navedeni konstrukt se nalazi između promatrane osobe i njene zajednice. Pritom postoji osjećaj jedinstvenosti osobe u prošlosti i budućnosti, s jedne strane, dok s druge strane osoba zamjećuje da također postoje razlike i sličnosti s drugima (Jung i sur., 2013). Marcia (1966) je opisao četiri jasno diferencirana statusa identiteta koji se naslanjaju na količini istraživanja i predanosti koje adolescent doživljava ili ih je doživljavao. Uključuju *difuzju identiteta* koja govori da se adolescent nije predao određenim razvojnim zadacima i nije istražio različite razvojne alternative, nije se obvezao, to jest osobe u statusu difuzije identiteta nisu ostvarile predanost ulozi, prilikom čega istraživanje može ili ne mora biti prisutno. Drugo je *zaključeni identitet* koji karakterizira predanost, odnosno adolescent se obvezao ali nije prošao proces istraživanja, treće je *moratorij*, adolescent je u stanju aktivnog istraživanja ali se nije obvezao, to jest visoko je u procesu istraživanja a nisko u dimenziji predanosti, dok je posljednji status postignuti

identitet što znači da je adolescent postigao predanost i završio aktivni proces istraživanja (Meeus, 2011). P.F. Kernberg i sur. (2000) navode da identitet pomaže u autonomiji, pruža predvidljivost i kontinuitet funkcioniranja unutar osobe, kroz situacije i vrijeme, kao i uspješnom socijalnom funkcioniranju (Goth i sur., 2012b).

Erikson (1950, prema Schlüter-Müller i sur., 2015), najcitiraniji autor u ovom području, je definirao identitet kao temeljni organizacijski princip, koncept koji osobi pruža osjećaj kontinuiteta unutar sebe i u interakciji s drugima (istovjetnost sefa). Također, daje okvir koji omogućava osobi doživljavati sebe odvojeno od drugih, razlikovati sebe od drugih (jedinstvenost), što ju osposobljava za autonomno funkcioniranje (Schlüter-Müller i sur., 2015). Erikson (1950, prema Schlüter-Müller i sur., 2015), navodi koncepte krize identiteta i difuzije identiteta kao karakteristike normalnog razvoja i patološkog razvoja ličnosti (Schlüter-Müller i sur., 2015). O. Kernbergu (1978, prema Goth i sur., 2012b) navodi da kriza identiteta proizilazi iz nesrazmjera između doživljaja samog sebe i kako nas drugi doživljavaju; to jest karakterizirana je različitim viđenjem adolescenta od strane njegove neposredne okoline i adolescentovog doživljaja samog, promijenjenog sebe. Izostanak potvrde od strane drugih o promjeni identiteta adolescenta rezultira krizom identiteta (Goth i sur., 2012b).

P. F. Kernberg i sur. (2000) navode da je kriza identiteta obilježena eksperimentiranjem s različitim ulogama, ali unatoč tome doživljaj sebe ostaje isti kroz situaciju i kroz vrijeme; te se krize identiteta uobičajeno razriješe konsolidiranim identitetom koji je adaptivan i fleksibilan (P. F. Kernberg i sur., 2000; Schlüter-Müller i sur., 2015). Dobro integrirani identitet s prilagodljivim funkcioniranjem ima ulogu u realističnoj procjeni sebe i drugih, sagledavanju učinka koje netko ima na druge kao i u razvoju samopoštovanja (Schlüter-Müller i sur., 2015). Za razliku od krize identiteta koji je nepatološka pojava, koncept difuzije identiteta predstavlja patološki razvoj. Osobe s difuzijom identiteta imaju neintegrirani koncept sebe kao i bitnih drugih osoba, imaju poteškoće samodefiniranja, poteškoće autonomnosti, poteškoće u predanosti intimnim odnosima, poslu, vrijednostima i ciljevima, te je prisutna sklonost preuzimanju tuđih mišljenja, osjećaja i vjerovanja, uz bolni osjećaj nepovezanosti (P.F. Kernberg i sur., 2000; Goth i sur., 2012; Jung i sur., 2013).

Razvoj identiteta se opisuje kao kontinuum koji na jednom kraju ima integrirani identitet, karakteriziran pozitivnim samopoštovanjem, mogućnošću uspostavljanja intimnih odnosa, prijateljstava, formiranju jasnih životnih ciljeva; dok je na drugom kraju kontinuuma difuzija identiteta karakterizirana deficitima u autonomnom funkcioniranju, poteškoćama u



predanosti intimnim odnosima, poslu, vrijednostima i ciljevima, kao i nesposobnošću definiranja sebe i drugih (Ercegović i sur., 2018; O. Kernberg, 1978; P.F. Kernberg i sur., 2000). U svrhu diferenciranja integriranog identiteta od difuzije identiteta, Goth i sur. (2012b) su opisali dvije domene koje nazivaju „kontinuitet“ i „koherencija“ koje se mogu pronaći na kontinuumu „kontinuitet/diskontinuitet“ te „koherencija/inkoherencija“. Kontinuitet je povezan sa stabilnim uvidom u svoje emocije i povjerenje u stabilnost emocija, te sa stabilnošću u ciljevima, obavezama, odnosima i ulogama. Diskontinuitet je povezan sa slabim uvidom u emocije, izostankom povjerenja u postojanost pozitivnih emocija, izostankom perspektive o sebi i izostankom osjećaja pripadnosti (Goth i sur., 2012b).

### 1.6.1. Identitet i autoagresivno ponašanje adolescenata

Jedan od primarnih razvojnih zadataka adolescencije uspostava je stabilnog identiteta (Schlüter-Müller i sur., 2015). Prema Eriksonu (1968), formiranje identiteta u adolescenciji je razvojni proces koji uključuje razvoj u smjeru sinteze identiteta ili konfuzije identiteta; pritom se sinteza odnosi na sposobnost formiranja samoodređujućeg skupa ideala, vrijednosti i ciljeva, dok konfuzija identiteta predstavlja nesposobnost razvijanja djelotvornog skupa ciljeva i obveza na kojima je odrasli identitet utemeljen (Schwartz, 2001). Pretpostavlja se da poteškoće u formiranju identiteta imaju važnu ulogu u nastanku kao i održavanju nesuicidalnog samoozljeđivanja na općoj i na kliničkoj populaciji (Breen i sur., 2013). Usprkos malom broju istraživanja vezano za identitet i NSSO, neka istraživanja ukazuju na povezanost između poteškoća u formiranju identiteta i NSSO.

Na populaciji srednjoškolaca Gandhi i sur. (2015) su istraživali povezanost između NSSO, poremećaja identiteta te rodne razlike. Autori navode da djevojčice pokazuju veća oštećenja identiteta uz dvostruko veću životnu prevalenciju NSSO. Istraživanje Toukhy i sur. (2022), adolescenata prosječne dobi 16,26 godina, navodi da se oni koji imaju višu razinu konflikta identiteta više uključuju u NSSO, te je otkriven posredni učinak konflikta identiteta na NSSO kroz uključivanja u rizična ponašanja.

Breen i sur. (2013) su proveli kvalitativno istraživanje adolescenata koji se samoozljeđuju te su uočili kako poteškoće u formiranju identiteta mogu povećati osjetljivost za NSSO. Oni sugeriraju da NSSO može biti sredstvo upravljanja negativnim emocijama povezanim s negativnim self konceptom, izvor self identifikacije, način postizanja osjećaja koherentnog selfa kao i način postizanja osjećaja grupnog identiteta.

Na uzorku adolescenata koji pohađaju srednju školu navodi se pozitivna povezanost između konfuzije identiteta i NSSO te negativna povezanost između sinteze identiteta i NSSO (Claes i sur., 2014; Luyckx i sur., 2015). Istraživanja upućuju na moguću dvosmjernu povezanost između smetnji u formiranju identiteta (uključuje smanjenu sintezu identiteta i povećanu konfuziju identiteta) i NSSO, na način da smanjena sinteza identiteta i povećana konfuzija identiteta mogu dovesti do povećane vulnerabilnosti za NSSO. Povezanost može podrazumjevati da uključivanje u NSSI može utjecati na formiranje identiteta izravno putem formiranja pseudoidentiteta “samoozljeđivača”, odnosno osobe počinju koristiti NSSO kao sredstvo za razvoj identiteta, to jest, „ja samoozljeđivač“ postaje dio grupe koja manifestira slično ponašanje (Breen i sur., 2013). Povezanost može biti i indirektna na način da adolescent koji osjeća negativnu emociju (na primjer prazninu) koja je posljedica konfuzije identiteta koristi NSSO u svrhu reguliranja emocija. Uključivanje u NSSO može voditi daljnjim smetnjama formiranja identiteta, odnosno može povećati konfuziju identiteta (Claes i sur., 2014; Gandhi i sur., 2017; Luyckx i sur., 2015).

Ranije je naglašavana važnost obiteljskog konteksta u autoagresivnom ponašanju adolescenata, a u formiranju identiteta adolescenta značajan doprinos imaju povezanost s roditeljima i vršnjacima (Gandhi i sur., 2016; Pittman i sur., 2011). Na osnovu pregleda 29 longitudinalnih studija Meeus (2011) je pronašao da postoji pozitivna povezanost suportivnog i toplog odnosa između roditelja i adolescenata sa formiranjem konzistentijeg i zrelijeg identiteta kod adolescenata (Meeus, 2011). Istraživanja, nadalje, nastoje ispitati i povezanost između određenih obiteljskih značajki ili roditeljskih karakteristika, identiteta i samoozljeđivanja. Gandhi i suradnici (2016) su istraživali kod adolescenata, učenika srednjih škola vezu između NSSO, identiteta i privrženosti s majkama i vršnjacima. Sinteza identiteta je pozitivno povezana sa povjerenjem i komunikacijom; a negativno povezana sa otuđenjem od majke. Konfuzija identiteta pozitivno je povezana s otuđenošću od majke i vršnjaka, negativno je povezana s majčinim povjerenjem. Nesuicidalno samoozljeđivanje pozitivno je povezano s konfuzijom identiteta, otuđenošću od majke i vršnjaka, a negativno povezano sa sintezom identitetom i majčinim povjerenjem (Gandhi i sur., 2016). Suportivan majčin odnos može doprinijeti boljem osjećaju selfa (što vodi boljoj sintezi identiteta) te time doprinosi smanjenoj vulnerabilnosti za NSSO, dok otuđenje od majke može indirektno povećati NSSO putem smanjene sinteze identiteta i povećane konfuzije identiteta. Utvrđena je pozitivna povezanost između otuđenja u odnosu s majkom i NSSO posredovana manjkavom sintezom identiteta (Gandhi i sur., 2016).

Istraživanja povezanosti između emocionalne regulacije i formiranja identiteta, navode da se veća svijest o emocijama povezuje sa formiranim identitetom, a niža emocionalna svijest sa difuzijom identiteta (Jankowski, 2013).

U Hrvatskoj je provedeno istraživanje Ercegović i suradnika (2018) u kojemu su tražene razlike u razvoju identiteta između hospitaliziranih adolescenata koji su se uključivali u NSSO (NSSO unatrag zadnjih 6 mjeseci, 31 pacijent, prosječne dobi 15,2 godina) u odnosu na razvoj identiteta opće školske populacije (294 djece, prosječne dobi 15,0 godine). Utvrđeno je da su hospitalizirani adolescenti koji su se samoozljeđivali (NSSO) imali viši ukupni rezultat difuzije identiteta, odnosno veće poteškoće u razvoju identiteta u odnosu na školsku populaciju, što može upućivati da procesi u formiranju identiteta doprinose povećanoj vulnerabilnosti adolescenata za NSSO (Ercegović i sur., 2018).

## 1.7. Klinička perspektiva

Sveukupno, temeljem kliničkog iskustva i rada s djecom i adolescentima zamjetno je da djeca uz brojne manifestacije poteškoća mentalnog zdravlja (internalizirane i eksternalizirane poteškoće) iskazuju i različite oblike autoagresivnog ponašanja, posebice izravnog autagresivnog ponašanja. Autoagresivna ponašanja često budu prvi put detektirana od strane stručne službe škole, roditelja a povremeno i sama djeca putem izrazvog autoagresivnog ponašanja traže pomoć od okoline. Nerijetko se o autoagresivnom ponašanju doznaje kod prvog psihijatrijskog pregleda na koji dijete bude upućeno na primjer radi pada u školskom uspjehu, niskog samouzdanja, povlačenja i slično. Upravo iz svakodnevnog kliničkog rada s adolescentima sve su zastupljeniji i prisutniji individualni čimbenici kao što su na primjer perfekcionizam, visoka očekivanja od samog sebe, naglašena samokritičnost, slabe strategije suočavanja sa zahtjevnim situacijama odnosno zahtjevima iz okoline. Također se primjećuje u kliničkom radu usamljenost djece, dobivanje podataka o slabijim svakodnevnim interpersonalnim interakcijama i druženju s vršnjacima „uživo“, održavanje kontakata s drugima putem društvenih mreža. Nadalje, učestalo se dobiju podaci o narušenim obiteljskim odnosima, narušenoj komunikaciji u obitelji, izostanku suporta obitelji, slabijem razumijevanju razvojnih potreba djeteta, dok se s druge strane određena ozbiljna odstupanja (na primjer povlačenje, pad motivacije i raspoloženja, poremećaj spavanja, burne i agresivne

reakcije, konzumiranje alkohola i druga) u ponašanju i funkcioniranju adolescenta ne primijete kao značajna već se pripisuju „adolescenciji i stanju koje će proći“.

Kliničko iskustavo navodi da dio djece s poteškoćama mentalnog zdravlja koja ne mogu verbalizirati i izraziti vlastite emocionalne poteškoće bilo usljed individualnih čimbenika, bilo usljed nesuportivnih i neadekvatnih obiteljskih okolnosti „prijegavaju“ namjernom i izravnom autoagresivnom ponašanju koje postaje sredstvo i za signaliziranjem poteškoća (šalje se poruka okolini „loše sam“), sredstvo za nošenjem s neugodnim emocijama (kao što navode djeca „ne mogu podnijeti emocionalnu bol, pa s režem“ ili „lakše mi je podnijeti fizičku bol nego to koliko me duša boli“), a ponekad i kao jedinom rješenje i izlazu iz „za dijete nepodnošljive situacije“. Iskustvo svakodnevnog kliničkog rada s adolescentima upućuje nas na važnost što ranijeg prepoznavanja psihičkih poteškoća kod djece obzirom da se uz depresiju, anksiozne poremećaje, poremećaje ponašanja često manifestiraju i NSSO kao i suicidalne ideje a i suicidalni pokušaji. Značajno je naglasiti da su djeca koja učestalo „prijegavaju“ namjernom samoozljeđujućem ponašanju, koriste više metoda namjernog samoozljeđivanja, koja ne vide „izlaz iz situacije“ u riziku za suicidalna ponašanja. Stoga je od iznimne važnosti pravovremeno prepoznavanje poteškoća mentalnog zdravlja kod djece i adolescenta, upućivanje na psihologijsku i psihijatrijsku procjenu uz indicirano uključivanje u adekvatan tretman ovisno o vrsti poteškoća (psihoterapija, uz po procjeni psihijatra psihofarmakoterapija). Osim rada s djetetom kliničko iskustvo nas upućuje u potrebu i neophodnost rada s obiteljima djece; na psihoedukaciji roditelja i osnažvanju u roditeljstvu, razumijevanju razvojnih promjena i potreba djeteta, kao i radu na prepoznavanju vlastitih ponašanja, adekvatnih strategija rješavanja problema, važnosti suportivnog pristupa djeci te reflektiranja sveukupnog ponašanja roditelja i obiteljske situacije na dijete.

## 2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog rada je ispitati ulogu emocionalne regulacije, razvoja identiteta i obiteljskih čimbenika u autoagresivnom ponašanju kod adolescenata s problemima mentalnog zdravlja.

Sukladno navedenim ciljevima postavljeni su sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

**Problem 1:** Utvrditi vrstu poteškoće mentalnog zdravlja kod adolescenata zaprimljenih na prvi pregled i prisutnost autoagresivnog ponašanja.

S obzirom da je problem eksplorativnog karaktera ne postavlja se hipoteza.

**Problem 2:** Utvrditi relativni doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata.

H2.1. Očekuje se pozitivna povezanost autoagresivnog ponašanja adolescenata s poteškoćama u obiteljskom funkcioniranju, lošom obiteljskom komunikacijom i lošom obiteljskom afektivnom reakcijom.

**Problem 3:** Utvrditi relativni doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata s i bez autoagresivnog ponašanja.

H3.1. Očekuje se više odstupanja u razvoju identiteta kod adolescenata s višim autoagresivnim ponašanjem i to na način da je difuzija identiteta zastupljena kod adolescenata koji iskazuju autoagresivno ponašanje dok je integrirani identitet više prisutan kod adolescenata koji ne iskazuju autoagresivno ponašanje.

**Problem 4:** Ispitati medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja adolescenata te u odnosu identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata.

H4.1. Pretpostavlja se da je emocionalna regulacija parcijalni medijator u odnosu između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja - bolje obiteljsko funkcioniranje bit će povezano s manjom učestalosti autoagresivnog ponašanja izravno te neizravno, putem bolje emocionalne regulacije.

H4.2. Pretpostavlja se da je emocionalna regulacija parcijalni medijator u odnosu između identiteta i autoagresivnog ponašanja - integrirani identitet bit će povezan s manjom učestalosti autoagresivnog ponašanja izravno te neizravno, putem bolje emocionalne regulacije.

### 3. METODA

#### 3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 100 adolescenata oba spola u dobi od 12 do 17 godina koji su prvi put pregledani od strane dječjih i adolescentnih psihijatara, u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež, putem redovnog ili hitnog prvog pregleda. Nisu bili uključivani adolescenti sa psihotičnim poremećajima, pervazivnim razvojnim poremećajima, neurološkim bolestima središnjeg živčanog sustava (SŽS-a), sniženim intelektualnim sposobnostima (IQ<80), kroničnim tjelesnim bolestima (npr. bolesti štitnjače, diabetes mellitus), intoksikacijama, zluporabom i ovisnostima o psihoaktivnim tvarima; te poremećajima hranjenja. U istraživanje je uključen i jedan roditelj na način da je popunio sociodemografski upitnik.

U uzorak su uključeni oni sudionici kojima je nakon prvog ili hitnog psihijatrijskog pregleda postavljena dijagnoza mentalnog poremećaja prema kriterijima, kliničkim opisima i dijagnostičkim smjernicama Klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema -10-deseta revizija (MKB-10, 1994) kao što je prikazano u tablici 2.

**Tablica 2.** Dijagnoze mentalnih poremećaja sudionika istraživanja prema MKB-10, ukupno i prema spolu

	<b>Ukupno</b>	<b>Muško</b>	<b>Žensko</b>
<b>N</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>61</b>
F32 – Depresija	7 (7%)	3 (8%)	4 (5%)
F41.0- Panični poremećaj	2 (2%)	1 (3%)	1 (2%)
F42 - Opsesivno-kompulzivni poremećaj	1 (1%)	1 (3%)	0 (0%)
F43.2- Poremećaj prilagodbe	3 (3%)	1 (3%)	2 (3%)
F90 - Hiperkinetski poremećaj	2 (2%)	2 (5%)	0 (0%)
F92 - Mješoviti poremećaji ponašanja i emocija	5 (5%)	4 (10%)	1 (2%)
F93 - Emocionalni poremećaji s početkom u djetinjstvu	80 (80%)	27 (69%)	53 (87%)

Psihijatrijske dijagnoze su u skladu s MKB-10 dijagnostičkim kriterijem (MKB-10, 1994), a prema strategiji najbolje dijagnostičke procjene (Leckman i sur., 1982). Emocionalni poremećaji u djetinjstvu obilježeni su specifično početkom javljanja u djetinjstvu, u njih

ubrajamo na primjer fobično anksiozne poremećaje, socijalne anksiozne poremećaje, kao i druge emocionalne poremećaje (na primjer, poremećaj identiteta). Ukoliko su uz anksiozne ili depresivne simptome ili druge emocionalne smetnje bila izražena i trajna agresivna ili prkosna ponašanja, dijagnoza adolescenata je navedena u kategoriji mješoviti poremećaj ophođenja i emocija. Adolescenti koji su imali zadovoljene kriterije za na primjer dijagnoze panični poremećaj, opsesivno kompulzivni poremećaj, depresiju ili poremećaj prilagodbe uključeni su u navedenu dijagnostičku kategoriju (MKB-10, 1994).

Nakon postavljene dijagnoze mentalnog poremećaja od strane psihijatra ispitanici su popunili samoocjenski upitnik Izvješće za mlade od 11 do 18 godina (eng. *Youth Self Report, YSR*) (Achenbachova skala) (Achenbach i Rescorola, 2001), kao dodatni pokazatelj mentalnih teškoća sudionika. Istovremeno, navedena skala se koristila za raspodjelu ispitanika na one koji pokazuju autoagresivno ponašanje i one kod kojih ono izostaje. Pritom je kriterij bio odgovor na 3 čestice u upitniku (čestica br. 58 - „Bodem kožu ili druge dijelove svog tijela (opiši)“ = samoozljeđivanje, br.18 - „Namjerno se pokušavam povrijediti ili ubiti“ = suicidalni pokušaji, br. 91 – „Razmišljam da se ubijem“ =suicidalne ideje). Odgovori na ove čestice kreću se na skali od 3 stupnja (0="nije točno"; 1= "ponekad ili donekle točno" i 2="često je točno").

Sveukupno, svi uključeni sudionici su adolescenti s problemima mentalnog zdravlja koji se potom dijele na skupinu adolescenata s problemima mentalnog zdravlja bez autoagresivnog ponašanja i skupinu adolescenata s problemima mentalnog zdravlja i s autoagresivnim ponašanjem. U okviru ovog istraživanja autoagresivna ponašanja uključuju namjerna samoozljeđivanja, te suicidalno ponašanje to jest suicidalne ideje i pokušaje. U svakoj skupini je uključeno 50 ispitanika.

Adolescenti koji su se samoozljeđivali su na čestici broj 58 YSR imali odgovor 1 ili 2, dok su skupinu adolescenata sa suicidalnim ponašanjem (ideje, pokušaji) činili ispitanici koji su na čestici broj 18 YSR imali odgovor 1 ili 2, te na čestici broj 91 imali odgovor 1 ili 2. Skupinu sudionika s autoagresivnim ponašanjem, dakle, čine oni adolescenti koji su na bilo koju od ove tri čestice odgovorili sa 1 (ponekad točno) ili 2 (često točno), dok skupinu bez autoagresivnog ponašanja čine oni koji su na sve tri čestice odgovorili sa 0 (nije točno). U tablici 3. vidimo postotke sudionika ovisno o tome kojem su autoagresivnom ponašanju pribjegli: samoozljeđivanju, suicidalnim idejama i/ili suicidalnim pokušajima.



**Tablica 3.** Autoagresivno ponašanje na ukupnom uzorku i prema spolu

	Ukupno	Muški	Ženski
N	100	39	61
Bez samoozljeđivanja i suicida	50 (50%)	26 (66.7%)	24 (39.3%)
Samoozljeđivanje bez suicida	1 (1%)		1 (1.6%)
Suicidalne ideje bez samoozljeđivanja	2 (2%)		2 (3.3%)
Samoozljeđivanje i suicidalni pokušaji	3 (3%)		3 (4.9%)
Suicidalne ideje i pokušaji bez samoozljeđivanja	13 (13%)	5 (12.8%)	8 (13.1%)
Samoozljeđivanje, suicidalne ideje i suicidalni pokušaji	31 (31%)	8 (20.5%)	23 (37.7%)

S obzirom na to da u nekim skupinama postoje samo po jedan ili dva sudionika, ne mogu se računati spolne razlike.

Demografska struktura i neke osnovne karakteristike sudionika i njihovih roditelja, kao i struktura ovisno o tome pokazuju li autoagresivno ponašanje, prikazana je u tablici 4. U tablici također vidimo i hi-kvadrat testove koji ukazuju na to razlikuju li se sudionici s bilo kojim oblikom autoagresivnog ponašanja od onih kod kojih autoagresivno ponašanje potpuno izostaje, ovisno o tim demografskim podacima.

Rezultati u tablici 4. pokazuju da postoji statistički značajna razlika u autoagresivnom ponašanju između muških i ženskih adolescenata ( $\chi^2=7,10$ ,  $p<,01$ ). Prema raspodjeli rezultata može se vidjeti da djevojke češće pokazuju sklonost autoagresivnom ponašanju od dječaka.

Osim u spolu adolescenata, ne postoje druge sociodemografske razlike između sudionika s autoagresivnim ponašanjem i bez njega.

**Tablica 4.** Demografska struktura sudionika, ukupno i ovisno o prisutnosti autoagresivnog ponašanja, uz pripadajuće  $\chi^2$  testove

		Ukupno	Autoagresivno ponašanje		$\chi^2$	p
			ne	da		
Spol djeteta	muško	39	26	13	7.10	<b>.008</b>
	žensko	61	24	37		
Obrazovanje majke	NSS i niže	3	3		5.35	.069
	SSS	63	27	36		
	VŠS i VSS	34	20	14		
Zaposlenje majke	da	82	41	41	2.25	.325
	ne	16	7	9		
	nešto drugo	2	2			
Obrazovanje oca	NSS i niže	7	6	1	4.87	.087
	SSS	29	29	37		
	VŠS i VSS	16	15	12		
Zaposlenje oca	da	81	38	43	1.26	.533
	ne	7	4	3		
	nešto drugo	12	7	4		
Broj djece u obitelji	jedno	15	9	6	5.10	.404
	dvoje	50	25	25		
	troje	24	9	15		
	četvero	8	6	2		
	petero	2	1	1		
	sedmero	1		1		
U kakvom su odnosu roditelji	u braku i žive zajedno	57	27	30	2.76	.736
	u braku, ali ne žive zajedno	3	1	2		
	u izvanbračnoj zajednici	4	3	1		
	razvedeni	33	18	15		
	jedan roditelj je preminuo nikad nisu živjeli zajedno	2 1	1 1	1 1		
Sadašnji razred	šesti	13	6	13	8.94	.177
	sedmi	7	8	7		
	osmi	13	8	13		
	prvi	5	12	5		
	drugi	5	9	5		
	treći	6	7	6		
četvrti	1		1			
Školski uspjeh	dovoljan	0	1	0	2.31	.511
	dobar	9	5	9		
	vrlo dobar	26	29	26		
	odličan	15	15	15		
Ponavljjanje razreda	ne	98	48	50	2.04	.360
	da	2	2	0		
Primjedbe nastavnika o ponašanju	ne	88	45	43	0.38	.538
	da	12	5	7		
Pedagoške mjere u školi (opomene/ukori)	ne	97	48	49	0.34	.558
	da	3	2	1		
Centar za socijalnu skrb, nadzor obitelji	ne	89	45	44	0.10	.749
	da	11	5	6		

Nadalje, U tablici 5. prikazan je ukupan psihomotorni razvoj sudionika i medicinski status članova obitelji. To obuhvaća tijekom trudnoće, psihomotorni razvoj djeteta uz podatke o somatskom ili psihičkim bolestima roditelja, kao i podatke o liječenju radi psihijatrijske bolesti

u obitelji. Uz prikazane ukupne frekvencije, također su prikazane frekvencije ovisno o tome pokazuje li adolescent autoagresivno ponašanje ili ne. Razlike između sudionika s autoagresivnim ponašanjem i bez njega na ovim varijablama, testirane su, kao i u slučaju sociodemografskih osobina, hi-kvadrat testom. Rezultati u tablici 5. prikazuju da se sudionici sa i bez autoagresivnog ponašanja ne razlikuju značajno prema niti jednom od ispitanih kriterija.

**Tablica 5.** Medicinski status članova obitelji, psihomotorni razvoj sudionika, ukupno i ovisno o prisutnosti autoagresivnog ponašanja, uz pripadajuće  $\chi^2$  testove

		Ukupno	Autoagresivno ponašanje		$\chi^2$	p
			ne	da		
Dosadašnje psihijatrijsko liječenje majke	ne	87	45	42	0.77	.372
	da	13	5	8		
Dosadašnje somatsko liječenje majke	ne	81	42	39	0.86	.444
	da	19	8	11		
Trenutno psihijatrijsko liječenje majke	ne	96	47	49	1.04	.307
	da	4	3	1		
Trenutno somatsko liječenje majke	ne	86	44	42	0.33	.564
	da	14	6	8		
Dosadašnje psihijatrijsko liječenje oca	ne	87	42	45	0.01	.918
	da	10	5	5		
Dosadašnje somatsko liječenje oca	ne	76	39	37	1.69	.194
	da	20	7	13		
Trenutno psihijatrijsko liječenje oca	ne	90	44	46	0.55	.460
	da	6	2	4		
Trenutno somatsko liječenje oca	ne	81	42	39	3.22	.073
	da	15	4	11		
Je li netko u obitelji liječen zbog psihijatrijskog poremećaja ili bolesti?	ne	62	31	31	0.00	1.00
	da	38	19	19		
Komplikacije u trudnoći i porodu	ne	73	36	37	0.05	.822
	da	27	14	13		
Lijekovi tijekom trudnoće	ne	88	44	44	0.00	1.00
	da	12	6	6		
Je li psihomotorni razvoj bio uredan?	da	99	50	49	1.01	.315
	ne	1	0	1		

### 3.2. Postupak prikupljanja podataka

Podaci su prikupljeni tijekom prvog psihijatrijskog pregleda koji se sastojao od inicijalnog razgovora s adolescentom i roditeljem ili roditeljima, nakon čega su unutar dva tjedna od prvog pregleda adolescenti prošli kroz postupak multidisciplinarnе obrade (uključuje psihologijsko testiranje i obradu, Elektroencefalografiju). O provođenju istraživanja informirani su adolescenti i roditelji te oni koji su bili suglasni sudjelovati u istraživanju

popunili su upitnike; pri čemu su adolescenti ispunjavali samoocjenjske upitnike, a roditelj sociodemografski upitnik. Vezano za istraživanje detaljno su obrazloženi ciljevi, metode i način provođenja istraživanja. Roditelji /skrbnici adolescenta kao i adolescenti obaviješteni su o istraživanju kako usmeno tako i pismenim putem; te je ispitivanje dragovoljno temeljeno na informiranom pristanku. Također, ispitivanje i prikupljanje podataka je provedeno individualno. I roditelj/i/skrbnik/ci i adolescenti koji su prihvatili sudjelovanje u istraživanju potpisali su suglasnost za sudjelovanje. Ispitivanje je provodila istraživačica te bila prisutan tijekom ispunjavanja upitnika i u svakom trenutku je mogla pružiti dodatno objašnjenje ukoliko je bilo potrebno. Ispitanici su imali mogućnost odustati u bilo kojem trenutku ispitivanja. Tijekom istraživanja je osigurano poštivanje bioetičkih principa osobnog integriteta, autonomnosti, neškodljivosti, pravednosti i povjerenja u skladu sa svim važećim etičkim standardima Helsinške deklaracije, te u skladu sa zakonima Republike Hrvatske. Osigurano je pravilno provođenje postupka i sigurnost osoba koje su sudjelovale u istraživanju. Prije provedbe istraživanja pribavljena je suglasnost Etičkog povjerenstva Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta za provedbu istraživanja te suglasnost Etičkog povjerenstva Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež Zagreb.

Podaci koji su prikazani prikupljeni su od sredine studenog 2018. do kraja siječnja 2020.

### 3.3. Mjerni instrumenti

U istraživanju su primijenjeni sljedeći mjerni instrumenti koje su ispunjavali adolescenti:

1. Izvješće za mlade od 11 do 18 godina (eng. *Youth Self Report*, YSR; Achenbach i Rescorola, 2001; Rudan i sur., 2005),
2. Upitnik procjene razvoja identiteta u adolescenciji (eng. *Assessment of Identity Development in Adolescence*, AIDA; Goth i sur., 2012a),
3. Upitnik procjene obitelji (eng. *Family Assessment Device*, FAD; Epstein i sur., 1983; Miller i sur., 2000),
4. Upitnik poteškoća emocionalne regulacije (eng. *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz i Roemer, 2004),

5. Inventar namjernog samoozljeđivanja (eng. *Deliberate Self Harm Inventory*, DSHI; Gratz, 2001),

Uz navedene mjerne instrumente, roditelj/i adolescenata su ispunili i Upitnik socio-demografskih obilježja koji je konstruiran za potrebe ovog istraživanja.

U nastavku su navedene mjerne karakteristike svih korištenih mjernih instrumenta.

#### 1. Izvješće za mlade od 11 do 18 godina (eng. *Youth Self Report*, YSR; Achenbach i Rescorola, 2001)

Achenbachova skala samoprocjene namijenjena je ispitivanju internaliziranih i eksternaliziranih problema adolescenata u dobi od 11 do 18 godina. Upitnik se sastoji od dva dijela. Prvi dio se odnosi na podatke o osobnom, socijalnom i školskom funkcioniranju adolescenta, a drugi dio sadrži 112 čestica. Za istraživanje će se koristiti drugi dio skale koji sadrži 112 čestica koje čine 8 sindromnih skala: povučенost, anksioznost/depresivnost, tjelesne poteškoće, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pažnje, kršenje pravila (delikventno ponašanje) i agresivno ponašanje. Sindromske skale se onda razvrstavaju na tri grupe: internalizirani, eksternalizirani poremećaji te miješani poremećaji (koji se ne mogu smjestiti niti u internalizirane niti eksternalizirane poremećaje). Skala povučенosti, anksioznosti/depresivnosti i tjelesnih poteškoća, čine dimenziju internaliziranih problema i odnose se na psihološke poteškoće pojedinca i pretjerano kontrolirajuće ponašanje. Skala agresivnosti i skala kršenja pravila (delikventnog ponašanja) čine dimenziju eksternaliziranih problema. Od 112 čestica u upitniku ispitanici procjenjuju svoje ponašanje na skali Likertovog tipa od 3 stupnja (0-nije točno, 1-ponekad ili djelomično točno, 2-vrlo ili često točno). Viši rezultati podrazumijevaju veću zastupljenost problemnih ponašanja (Achenbach i Rescorola, 2001; Rudan i sur., 2005). Sirovi rezultati se preračunavaju u t-omjere. Rezultat iznad 65 u obliku t-omjera označava graničnu razinu pojedine poteškoće mentalnog zdravlja, a rezultat iznad 70 ukazuje na kliničku razinu te poteškoće. Upitnik je standardiziran na našoj populaciji, a unutarnja konzistencija upitnika je 0,88 (Achenbach i Rescorola, 2001; Rudan i sur., 2005).

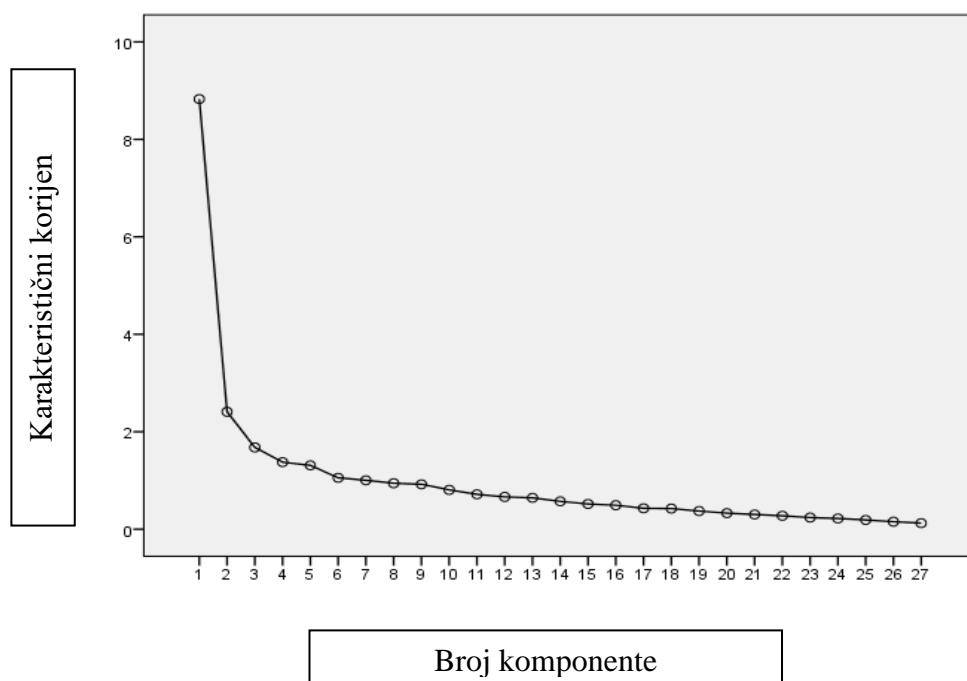
## 2. Upitnik procjene razvoja identiteta u adolescenciji (eng. *Assessment of Identity Development in Adolescence*, AIDA; Goth i sur., 2012a)

AIDA (Goth i sur., 2012a) je upitnik samoprocjene, namijenjen za ispitivanje razvoja identiteta kod adolescenata u dobi od 12 do 18 godina ( +/- 2 godine). Sadrži 58 čestica, te upitnik procjenjuje razvoj identiteta na dobro utemeljenoj Likertovoj ljestvici na kojoj se odgovara od 0 (uopće nije točno), 1 (uglavnom nije točno), 2 (nisam siguran), 3 (uglavnom je točno) i 4 (da, u potpunosti je točno), odnosno u rasponu od "zdravog" do "poremećenog" identiteta to jest kako bi se razlikovao zdrav razvoj identiteta od trenutne krize identiteta te ozbiljne difuzije identiteta. Skale su kodirane prema patologiji, pri čemu visoki rezultati upućuju na visoku razinu oštećenja. Sve stavke se zbrajaju do ukupnog rezultata u rasponu od integracije do difuzije identiteta. Ukupna skala „Difuzije identiteta“ se sastoji od 2 primarne skale „Diskontinuitet“ i „Inkoherencija“, od kojih je svaka skala („diskontinuitet“ i „inkoherencija“) zbroj rezultata na tri dimenzije koje odražavaju određena područja psihosocijalnog funkcioniranja adolescenata a to su: područje vezano za sebe, za socijalno funkcioniranje te vezano za sposobnost/razmišljanje (Goth i sur., 2012a).

Konstrukt "kontinuitet" predstavlja vitalni doživljaj "ja" i subjektivnu emocionalnu samoistost s unutarnjom stabilnom vremenskom linijom. Kontinuitet je poznat kao „I“=“Ja“, te je bazično emocionalno iskustvo selfa „sebsti“ koje egzistira potpuno u trenutku i kroz vrijeme. Visok "kontinuitet" povezan je sa stabilnošću ciljeva, obveza, talenata, uloga i odnosa, te dobrim i stabilnim pristupom emocijama, kao i povjerenjem u njihovu stabilnost. Nedostatak kontinuiteta (tj. visoki "diskontinuitet") povezan je s nedostatkom osjećaja pripadanja i nedostatkom pristupa emocionalnim razinama stvarnosti i povjerenja u trajnost pozitivnih emocija (Goth i sur, 2012b; Schlüter-Müller i sur., 2015). Konstrukt "koherenciju" označava jasnoću samodefiniranja kao rezultat samoreflektivne svjesnosti i elaboracije „me“=“mene“ ("JA"). Koherentnost je narativno iskustvo sebe koje se definira kroz svijest o društvenom kontekstu, poznato je kao „me“=“mene“, odnosno biti identičan sa samim sobom. Koherentnost je karakterizirana da je pojedinac dosljedan sebi te stvaran, pojedinac nije površan niti sugestibilan. Za navedeno je potrebna dobra dostupnost kognitivnoj svijesti što je vidljivo u dobro-integriranim i diferenciranim mentalnim reprezentacijama, koje omogućavaju održavanje selfa (sebstva) u kontekstu drugih, odnosno koherencija je praćena dosljednošću slika o sebi, autonomijom i Ego-snažom, te razlikovanjem mentalnih reprezentacija. Nedostatak koherentnosti (tj. visoka "nekoherencija") povezana je s kontradiktornošću ili ambivalentnošću, sugestibilnošću, te s lošim pristupom spoznajama i motivima, praćen

površnim i difuznim mentalnim reprezentacijama (Goth i sur., 2012b; Schlüter-Müller i sur., 2015). Ukupna (totalna) skala „Difuzije identiteta“ i primarne skale „Diskontinuitet „ i „Inkoherencija“ u originalnoj AIDA verziji imaju koeficijente unutarnje konzistencije Cronbach alpha 0.94, 0.86, 0.92 (Goth i sur., 2012a; Schlüter-Müller i sur., 2015). Rezultati ispitivanja u školskoj populaciji pomoću kulturalno prilagođene hrvatske verzije AIDA upitnika pokazali su dobru pouzdanost i valjanost, sličnu originalnoj AIDA verziji (Cronbach alpha za ukupnu skalu Difuzije identiteta 0.93, skalu Diskontinuiteta 0.83 i Inkoherencije 0.89). U kliničkom uzorku je također dobiven visoki koeficijent pouzdanosti Cronbach alpha 0.90 za Difuziju identiteta., 0.81 za skalu Diskontinuiteta i 0.84 za skalu Inkoherencije (Ercegović i sur., 2018).

S obzirom na to da je AIDA ranije standardizirana i validirana u Hrvatskoj i uzevši u obzir mali uzorak sudionika u ovom istraživanju, nije provedena eksplorativna faktorska analiza. Naime, obzirom da se radi o skali s velikim brojem čestica i faktora, a u ovo istraživanje je uključen razmjerno mali broj sudionika, eksplorativna faktorska analiza ne bi dala precizne rezultate pa je, iz tog razloga, provedena samo konfirmatorna faktorska analiza na ispitivanim dimenzijama tijekom testiranja strukturalnog modela. S obzirom na to da su u ovom istraživanju prvenstveno korištene dvije subskale AIDA-e: diskontinuitet i inkoherencija, prikazani su Scree plot dijagrami i saturacije čestica za svaku skalu pojedinačno. Te rezultate vidimo na slikama 6. i 7., te u tablicama 6. i 7.



Slika 6. Scree plot – AIDA diskontinuitet

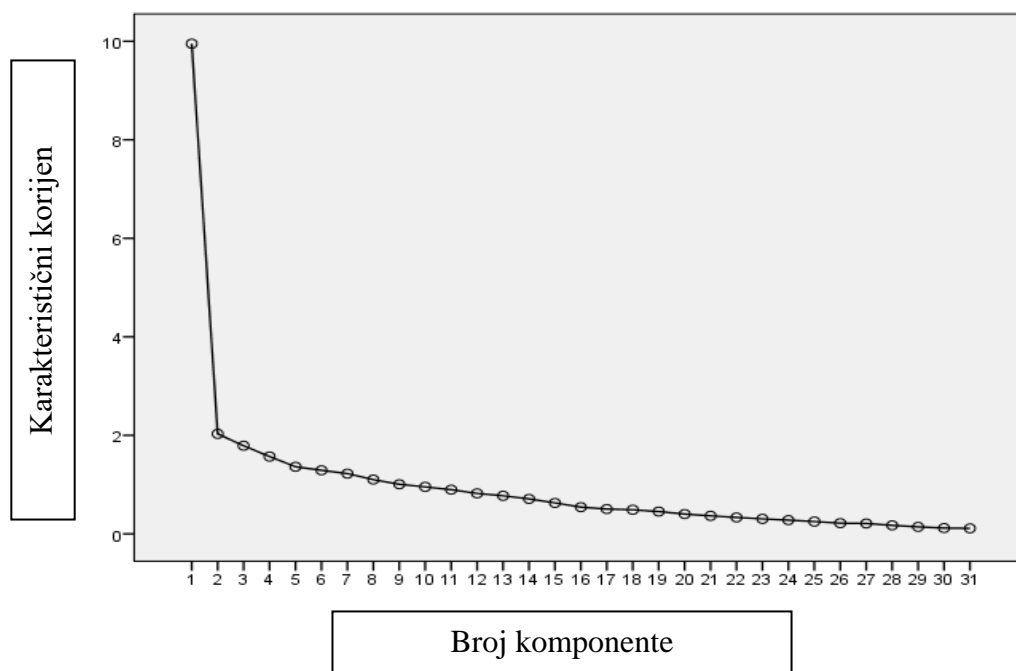
Prema slici 1. vidimo da dimenzija diskontinuiteta može biti promatrana kao jedan faktor. Ovakvom jednofaktorskom solucijom objašnjeno je 33% varijance. Saturacije pojedinih čestica te skale s tim faktorom, prikazane su u tablici 6.

**Tablica 6.** Saturacije pojedinih čestica skale diskontinuiteta zajedničkim faktorom

	Diskontinuitet
q18	.813
q44	.739
q19	.734
q10	.696
q30	.695
q39	-.675
q11	.668
q27	.651
q29	.651
q17	-.650
q58	-.632
q55	.622
q43	-.611
q23	-.594
q3	.594
q5	-.557
q2	-.554
q33	-.486
q54	.445
q26	-.442
q28	.405
q41	-.399
q1	-.363
q40	.353
q9	.329
q8	.293
q24	.239

Scree plot dijagram skale inkoherencije prikazan je na slici 7. na kojoj također vidimo da sve čestice dominantno ekstrahiraju jednu glavnu komponentu prema scree plot kriteriju. Tom jednom komponentom objašnjeno je 32% varijance.





Slika 7. Scree plot – AIDA inkoherencija

Kao i u prethodnom slučaju, saturacije pojedinih čestica s ovom komponentom vidimo u tablici 7.

**Tablica 7.** Saturacije pojedinih čestica skale skale inkoherencije zajedničkim faktorom

	Inkoherencija
q13	.850
q32	.779
q35	.770
q14	.730
q38	.723
q50	.708
q15	.691
q31	.646
q56	-.635
q51	.635
q22	.627
q42	.618
q25	.616
q52	.597
q34	.591
q37	.554
q45	.550
q16	.520
q4	.515
q20	.501
q47	.489
q6	.477
q7	.447
q21	.444
q53	.437
q12	.413
q49	.327
q36	.268
q46	.266
q57	.190
q48	.075

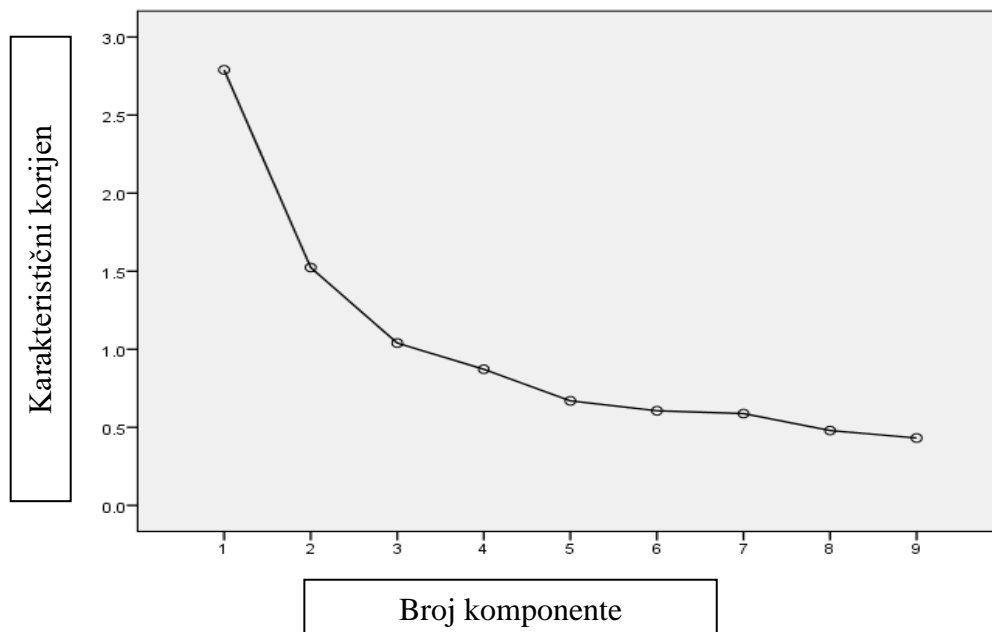
### 3. Upitnik procjene obitelji (eng. *Family Assessment Device*, FAD; Epstein i sur., 1983)

FAD je upitnik samoprocjene kojim se procjenjuje ukupno funkcioniranje obitelji i otkrivaju problematična područja (Epstein i sur., 1983). Mogu ga ispunjavati adolescenti stariji od 12 godina. Upitnik ispituje strukturalne, organizacijske i transakcijske dimenzije za koje je utvrđeno da omogućuju razlikovanje zdravih od nezdravih obitelji. Procjenjuju se odnosi u obitelji kao i međusobna komunikacija članova obitelji, te je namijenjen mjerenju obiteljskog funkcioniranja u posljednja dva mjeseca prema procjeni adolescenta. Sastoji se od 60 tvrdnji, pitanja su podjeljena u 7 ljestvica od kojih jedna mjeri opće obiteljsko funkcioniranje, a ostalih šest mjere: rješavanje problema, komunikacija, uloge, afektivna reakcija, afektivno

uključivanje, nadzor ponašanja. Za potrebe istraživanja koristit će se rezultat općeg obiteljskog funkcioniranje (12 tvrdnji), upitnik komunikacije (9 tvrdnji) i afektivne reakcije (6 tvrdnji).

Opće funkcioniranje ocjenjuje cjelokupno funkcioniranje obitelji. Komunikacija se odnosi na učinkovitost i sadržaj obiteljskog stila komunikacije. Opisuje se kao izmjena informacija među članovima obitelji, uz naglasak na izravno i jasno prenošenje verbalnih poruka. Afektivna reaktivnost procjenjuje sposobnost članova obitelji da kroz odgovarajuću kvalitetu i kvantitetu osjećaja odgovore na širok spektar podražaja. Birajući između četiri alternativna odgovora: izrazito se slažem, slažem se, ne slažem se, izrazito se ne slažem; dijete bira onaj odgovor koji najbolje opisuje njegovu obitelj. Viši rezultat odražava veću razinu disfunkcije unutar obitelji u svakom od područja. FAD subskale imaju umjerenu do visoku unutarnju konzistenciju te su umjereno korelirane (0.37-0.76) (Miller i sur., 2000).

Kada je u pitanju faktorska struktura, FAD skali smo pristupili na jednak način kao i AIDA-i. S obzirom na mali uzorak, zadržane su originalne, standardizirane dimenzije, a tijekom testiranja modela provedena je konfirmatorna faktorska analiza. Kada unaprijed odredimo ekstrakciju jednog faktora za svaku od ispitivanih dimenzija pojedinačno, dobiju se rezultati kako je prikazano: scree plot dijagram za dimenziju komunikacije prikazan je na slici 8.



**Slika 8.** Scree plot – FAD komunikacija

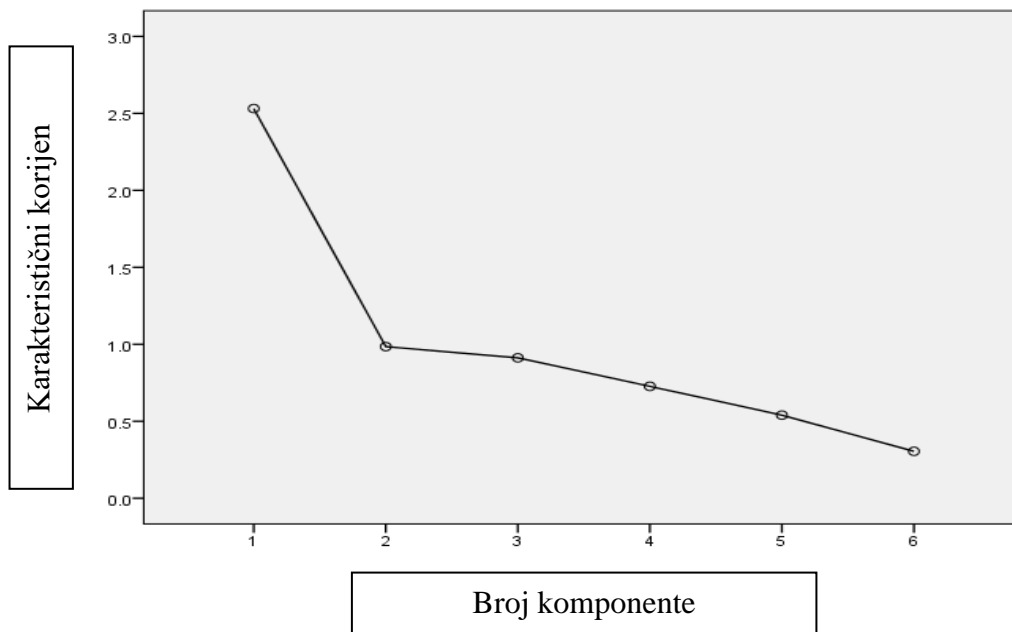
Prema scree plot kriteriju, vidimo da se najveći pad u veličini karakterističnih korijena događa između prve i druge ekstrahirane komponente, što ukazuje na to da je ovu dimenziju

moguće promatrati kao jednodimenzionalnu. Jedan faktor, u takvoj soluciji objašnjava 31% varijance. Saturacije pojedinih čestica tom, izdvojenom komponentom su prikazane u tablici 8.

**Tablica 8.** Saturacije čestica dimenzijom FAD komunikacija

	Komunikacija
FAD20	.703
FAD8	.692
FAD11	.651
FAD16	.636
FAD2	.589
FAD27	.492
FAD24	.460
FAD6	.376
FAD14	.212

Na slici 9. prikazan je scree plot dijagram za dimenziju afektivne reakcije.



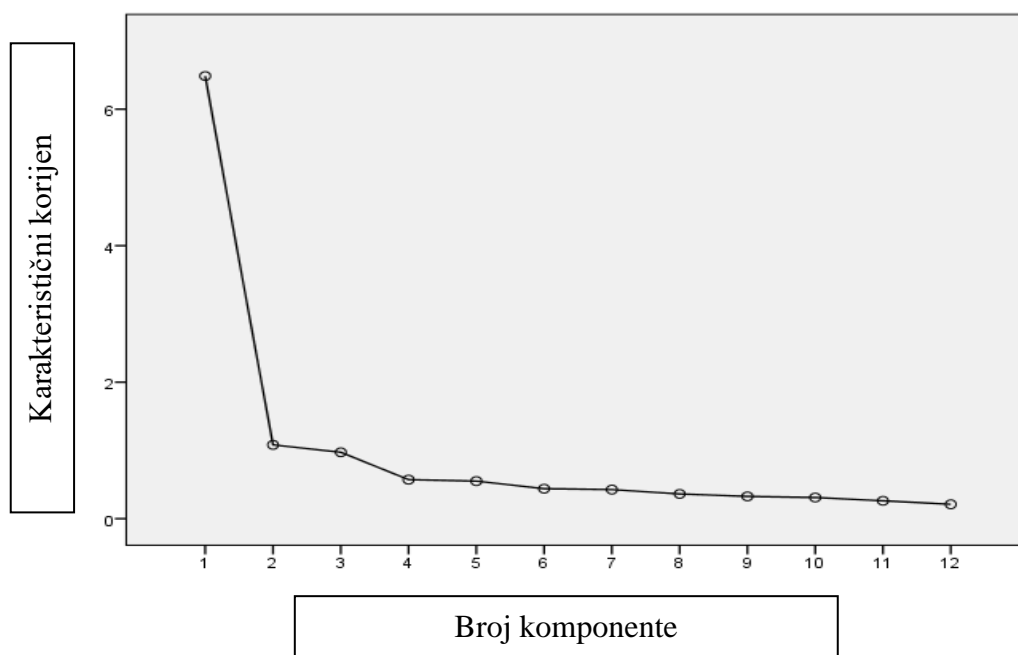
**Slika 9.** Scree plot – FAD afektivna reakcija

Još i više nego u prethodnom slučaju, vidimo da ova dimenzija može biti promatrana kao jednodimenzionalna te je kao takva i tretirana u daljnjoj obradi podataka. Ekstrakcijom jednog faktora se objašnjava 42% varijance. Saturacije čestica prikazane su u tablici 9.

**Tablica 9.** Saturacije čestica dimenzijom FAD afektivna reakcija

	Komunikacija
FAD22	.873
FAD4	.710
FAD13	.684
FAD18	.580
FAD9	.503
FAD26	.456

Na kraju, slika 10. prikazuje scree plot dijagram za dimenziju funkcioniranja obitelji.

**Slika 10.** Scree plot – FAD funkcioniranje

Kao i u prethodna dva slučaja, vidimo da do najvećeg pada u veličini karakterističnih korijena dolazi između prve i druge ekstrahirane komponente, pa se, stoga i ova skala može promatrati kao jednofaktorska. Jednofaktorskom solucijom se objašnjava 54% ukupne varijance. Saturacije su prikazane u tablici 10.

**Tablica 10.** Faktorska analiza FAD funkcioniranje

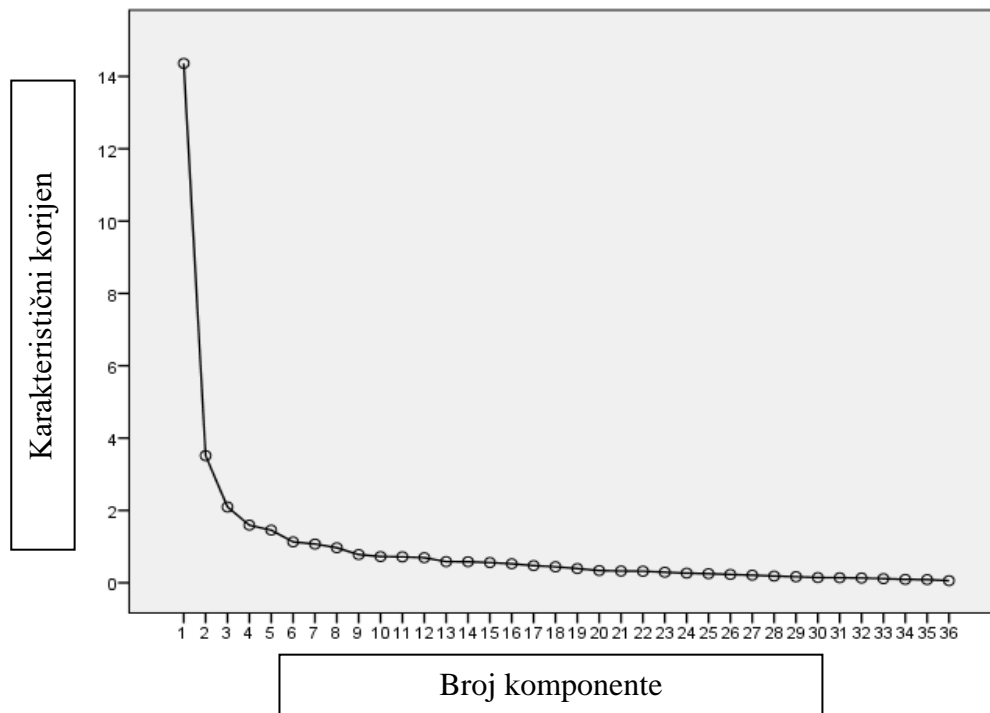
	Komunikacija
FAD23	.815
FAD17	.798
FAD19	.798
FAD25	.793
FAD21	.777
FAD3	.759
FAD15	.735
FAD10	.689
FAD7	.676
FAD1	.675
FAD12	.643
FAD5	.630

4. Ljestvica poteškoća emocionalne regulacije (eng. *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz i Roemer, 2004:)

DERS je samoocjenski je upitnik za procjenu emocionalne regulacije, odnosno koristi se za procjenu tipične razina emocionalne regulacije sudionika. Ukupno ima 36 čestica, daje ukupni rezultat i šest rezultata po subskalama. Subskale su sljedeće: neprihvaćanje (neprihvaćanje emocionalnih stanja), strategije (ograničen pristup strategijama regulacije emocija), ciljevi (poteškoće uključivanja u ciljno usmjerena ponašanja pri stanju emocionalne pobuđenosti), impulsi (poteškoće kontrole ponašanja i impulsa u stanjima uznemirenosti), jasnoća (nedostatak emocionalne jasnoće) i svjesnost (nedostatak emocionalne svjesnosti, nedostatak svijesti o emocijama). Čestice su bodovane prema Likertovoj skali od 1 (gotovo nikad), 2 (ponekad), 3 (oko polovice vremena), 4 (većinu vremena) do 5 (gotovo uvijek). Ukupni rezultat testa koristi se kao mjera deficita u regulaciji emocija. Više bodova ukazuje na viši stupanj poteškoća emocionalne regulacije. Test je pouzdan i valjan i za adolescente i odrasle, pokazuje visoku pouzdanost (Cronbach  $\alpha=0,93$ ) i dobru test-retest pouzdanost u razdoblju od 4 do 8 tjedana (0,88) te adekvatnu konstruktnu valjanost (Gratz i Roemer, 2004).

S obzirom na to da je DERS skala standardizirana, a uzorak u našem istraživanju je razmjerno malen, nije provedena eksplorativna faktorska analiza, već se, naknadno, prilikom testiranja strukturalnog modela, u kojem se provjeravaju saturacije ukupne emocionalne regulacije sa šest originalnih subskala, provjerilo pristajanje modela konfirmatornom faktorskom analizom. Ipak, kako u ovom istraživanju DERS skalu koristimo kao jednofaktorsku, zanimalo nas je možemo li sve čestice prikazati kroz jednu glavnu komponentu

– ukupnu emocionalnu regulaciju. Prema Scree Plot kriteriju (slika 11.), vidimo da je moguće svesti skalu na jednu glavnu komponentu.



Slika 11. Scree plot – DERS

Naime, Scree plot dijagramom se prati nagib linije te se broj komponenata određuje prema kriteriju promjene nagiba. Kao što vidimo prema slici 11., nakon prvog faktora dolazi do manjeg pada u veličini karakterističnog korijena, a nakon drugog već do značajne promjene u nagibu linije. Stoga je prihvatljivo zaključiti da se DERS skala može promatrati i kao jednofaktorska ili dvofaktorska. Nadalje, solucija s unaprijed određenim jednim faktorom objašnjava 40% ukupne varijance, a saturacije česticama izgledaju kao što je prikazano u tablici 11.

**Tablica 11.** Faktorska struktura DERS skale

	Emocionalna regulacija
DERS36	.816
DERS30	.809
DERS16	.805
DERS15	.765
DERS19	.756
DERS35	.754
DERS11	.738
DERS28	.729
DERS4	.726
DERS23	.716
DERS33	.714
DERS32	.703
DERS13	.676
DERS5	.673
DERS3	.665
DERS31	.658
DERS14	.653
DERS12	.652
DERS26	.650
DERS9	.649
DERS21	.639
DERS25	.631
DERS29	.625
DERS27	.618
DERS24	.617
DERS1	.611
DERS22	.597
DERS7	.596
DERS20	.587
DERS18	.563
DERS8	.389
DERS34	-.346
DERS10	.189
DERS6	.150
DERS17	.140
DERS2	.112

Vidimo da čestice pokazuju saturacije s ekstrahiranom komponentnom u iznosu od .816 do .112.



5. Inventar namjernog samoozljeđivanja (eng. *Deliberate Self Harm Inventory*, DSHI; Gratz, 2001)

DSHI je samoocjenski upitnik, koristi se kod adolescenata i odraslih osoba. Inventar namjernog samoozljeđivanja je upitnik od 17 stavki koji grupira 16 topografski sličnih tipova samoozljeđujućeg ponašanja u svako pitanje (namjerno rezanje ručnih zlobova, ruku ili drugih područja svog tijela, bez namjere da se ubiješ; namjerno paljenje sebe cigaretom; namjerno paljenje sebe upaljačem ili šibicom; namjerno urezivanje riječi u svoju kožu; namjerno urezivanje slika ili drugih znakova u svoju kožu; namjerno grebanje do pojave krvarenja ili ožiljka; namjerno griženje do oštećenja kože; namjerno trljanje šmirgl papira o svoje tijelo; namjerno kapanje kiseline na svoju kožu; namjerno upotrebljavanje izbjeljivača ili sredstva za čišćenje pećnice pri ribanju svoje kože; namjerno zabadanje oštarih predmeta poput igle, pribadače i slično u svoju kožu; namjerno trljanje stakla u svoju kožu; namjerno lomljenje vlastite kosti; namjerno udaranje glavom o nešto tako jako da se pojavila masnica; namjerno udaranje šakom tako jako da se pojavila masnica; namjerno spriječavanje cijeljenja rana). Pod stavkom 17 je upit da osoba navede ukoliko si je činila bilo što drugo s namjerom da se ozlijedi (a da nije navedeno u upitniku). Osim navedenih tipova namjernog samoozljeđivanja Inventar procjenjuje učestalost, ozbiljnost i trajanje i samoozljeđivanja. Test pokazuje da ima visoku unutarnju konzistentnost ( $\alpha = .82$ ), odgovarajuću test-retest pouzdanost, te diskriminatornu i konvergentnu valjanost (Gratz, 2001).

6. Upitnik socio-demografskih obilježja

Tijekom istraživanja roditelji/skrbnici adolescenta su ispunili socio-demografski upitnik koji je ispitivao: datum rođenja djeteta, dob i spol djeteta, školu i razred koje dijete pohađa, obrazovanje roditelja (stručnu spremu); zaposlenost roditelja, raniju i sadašnju psihijatrijsku/e bolest/i oca i majke, raniju i sadašnju somatsku/e bolest/i oca i majke, bračni status roditelja, broj ostale djece u obitelji, dob braće i sestara, psihomotorni razvoj djeteta, uključenost Centra za socijalnu skrb u psihosocijalnu pomoć ili nadzor obitelji.

### 3.4. Obrada podataka

Kako bi se odgovorilo na istraživačka pitanja korištene su različite statističke analize. U nastavku su pojedinim hipotezama pridružene njihove analize:

Kako bi se odgovorilo na prvi problem istraživanja korištena je deskriptivna, frekvencijska analiza te su rezultati prikazani postocima i grafikonima.

Deskriptivni pokazatelji korištenih skala i upitnika izraženi su minimumom, maksimumom, aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Također su prikazane asimetričnost i spljoštenost distribucija čime se provjerilo njihovo eventualno odstupanje od normalnosti.

S obzirom na to da distribucije nisu odstupale od normalnih, povezanosti između rezultata na korištenim skalama i upitnicima provjerene su Pearsonovom korelacijom, kao uvodom u testiranje narednih problema istraživanja.

Drugi problem, odnosno Relativni doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata, testiran je hijerarhijskom regresijskom analizom.

Treći problem, odnosno Relativni doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata sa i bez autoagresivnog ponašanja, je također testiran hijerarhijskom regresijskom analizom.

Četvrti problem, odnosno medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja adolescenata te u odnosu identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata, testiran je početno sa dva puta po dvije hijerarhijske regresijske analize – za svaku hipotezu odvojeno. Prva analiza imala je za cilj utvrditi doprinos prediktorske varijable (obiteljsko funkcioniranje ili razvoj identiteta) na medijator (emocionalna regulacija), a druga je testirala medijatorski efekt emocionalne regulacije na vezu između prediktorske varijable i autoagresivnog ponašanja, tako da se u zadnjem koraku uključivala emocionalna regulacija kao medijatorska varijabla.

Dodatno, kako bi se testirao cijeli model odjednom, izrađen je strukturalni model u kojem su obiteljsko funkcioniranje i razvoj identiteta predstavljali prediktorske varijable, emocionalna regulacija medijatorsku varijablu, a autoagresivno ponašanje kriterijsku varijablu. Prije izrade strukturalnog modela, testiran je mjerni model konfirmatornom faktorskom analizom za svaku od uključenih skala. U konačnici su testirani totalni, direktni i indirektni efekti.

Analiza je rađena u programu SPSS21 i SPSS AMOS 21.

## 4. REZULTATI

Ovim istraživanjem testirana su četiri istraživačka problema. U narednom poglavlju bit će prikazani dobiveni rezultati prema istraživačkim problemima.

### 4.1. Teškoće mentalnog zdravlja

#### *4.1.1. Teškoće mentalnog zdravlja na cijelom uzorku*

Svi sudionici istraživanja su imali psihijatrijsku dijagnozu. Dijagnoze koje su obuhvaćene uzorkom prikazane su ranije, u tablici 1. Većina sudionika (80%) je imala dijagnozu emocionalnih poremećaja s početkom u djetinjstvu, nakon čega slijede, u znatno manjem broju, depresija (7%) i mješoviti poremećaji ponašanja i emocija (5%), dok su ostali poremećaji zastupljeni u vrlo malom broju. Također je primijenjena i metoda samoprocjene putem YSR skale, kako bi se utvrdile specifične teškoće mentalnog zdravlja kod sudionika. U tablici 12 prikazan je broj sudionika čiji t-omjer prelazi granične vrijednosti na navedenim teškoćama čime ulaze u graničnu ili kliničku sliku.

**Tablica 12.** Broj sudionika čije vrijednosti na YSR skali prelaze vrijednost za graničnu i kliničku sliku na navedenim mentalnim problemima

	N
Anksioznost/ Depresija	8
Povučenost	8
Tjelesne poteškoće	8
Socijalni problemi	10
Problemi mišljenja	7
Problemi pažnje	11
Kršenje pravila	9
Agresivno ponašanje	9
Ukupni broj mentalnih problema koji prelaze graničnu vrijednost	70

Prema tablici 12. vidimo da najveći broj sudionika ima granične ili klinički izražene probleme pažnje (n=11) i socijalne probleme (n=10), dok su problemi mišljenja najmanje zastupljeni u uzorku (n=7). Važno je napomenuti da kod nekih sudionika postoji više od jednog problema koji prelazi granične vrijednosti, stoga broj zabilježenih mentalnih problema koji prelaze granične vrijednosti (70) nije istovjetan broju sudionika koji imaju rezultate iznad vrijednosti na nekom od problema (36). Maksimalan broj dimenzija na kojima sudionici

prelaze te granične vrijednosti iznosi 4. Ipak unatoč tome što nemaju svi sudionici više rezultate od graničnih vrijednosti, rezultati na pojedinim dimenzijama pokazuju jasnu povezanost sa sklonošću autoagresivnom ponašanju što je prikazano u tablici 13. U njoj vidimo prosječne rezultate te test razlike za svaku dimenziju YSR skale, ovisno o tome pripadaju li sudionici u skupinu s autoagresivnim ili bez autoagresivnog ponašanja.

**Tablica 13.** Prosječne vrijednosti na dimenzijama YSR skale te razlike u njima između sudionika koji pribjegavaju autoagresivnom ponašanju i onih bez autoagresivnog ponašanja

	Autoagresivno ponašanje:	N	M	SD	t	p
Anksioznost/ Depresija	ne	50	44.1	7.52	-7.555	.000
	da	50	56.1	8.41		
Povučenost	ne	50	44.1	8.37	-7.256	.000
	da	50	55.9	7.83		
Tjelesne poteškoće	ne	50	45.9	8.74	-4.425	.000
	da	50	54.1	9.59		
Socijalni problemi	ne	50	45.8	7.98	-4.592	.000
	da	50	54.2	10.13		
Problemi mišljenja	ne	50	43.5	6.98	-8.434	.000
	da	50	56.5	8.27		
Problemi pažnje	ne	50	46.4	9.19	-3.900	.000
	da	50	53.6	9.51		
Kršenje pravila	ne	50	46.7	8.17	-3.475	.001
	da	50	53.3	10.64		
Agresivno ponašanje	ne	50	46.4	8.02	-3.836	.000
	da	50	53.6	10.55		

Prema tablici 13. vidljivo je da se sudionici koji iskazuju autoagresivno ponašanje, značajno razlikuju od onih bez autoagresivnog ponašanja na svim dimenzijama YSR skale. Pritom sudionici s autoagresivnim ponašanjem imaju značajno više prosječne rezultate na tim dimenzijama, odnosno iskazuju veće poteškoće mentalnog zdravlja na anksioznosti i depresiji, povučenosti, tjelesnim i socijalnim teškoćama, problemima mišljenja, problemima pažnje, sklonosti kršenju pravila te agresivnom ponašanju.

#### 4.1.2. Autoagresivno ponašanje

Ranije je prikazana raspodjela sudionika ovisno o autoagresivnom ponašanju (tablica 3) iz koje je razvidno da, među sudionicima koji iskazuju autoagresivno ponašanje ima najviše onih koji se istovremeno samoozljeđuju, imaju suicidalne ideje i suicidalne pokušaje (31% od ukupnog

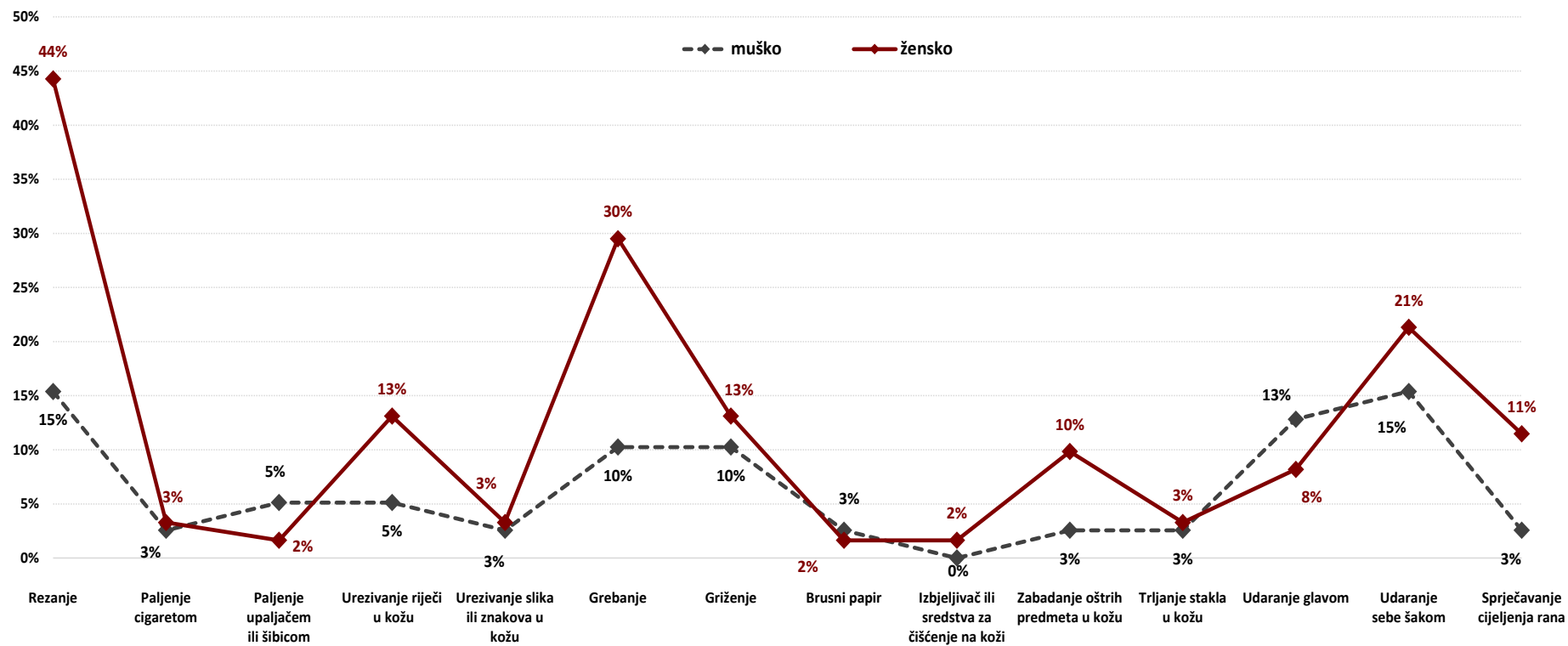
uzorka, odnosno 62% od sudionika koji iskazuju autoagresivno ponašanje). 26% sudionika (od sudionika s autoagresivnim ponašanjem) je imalo suicidalne ideje i pokušaje bez samoozljeđivanja, njih 6% samoozljeđivanje i suicidalne pokušaje, 4% suicidalne ideje bez samoozljeđivanja, a samo 2% samoozljeđivanje bez suicida.

Nadalje su provjerene učestalosti pojedinih načina samoozljeđivanja, ovisno o dobi i spolu sudionika. U tablici 14. vidimo postotke muških i ženskih sudionika koji su se samoozljeđivali na navedene načine.

**Tablica 14.** Vrste samoozljeđivanja ovisno o spolu i dobi

	Cijeli uzorak	Spol		Dob					
		muško	žensko	12 god.	13 god.	14 god.	15 god.	16 god.	17 god.
<b>Ukupno (N)</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>61</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
Rezanje	33%	15%	44%	33%	29%	32%	45%	31%	23%
Paljenje cigaretom	3%	3%	3%	6%			10%		
Paljenje upaljačem ili šibicom	3%	5%	2%	6%					15%
Urezivanje riječi u kožu	10%	5%	13%	17%	7%	14%	10%	8%	
Urezivanje slika ili znakova u kožu	3%	3%	3%		7%	5%	5%		
Grebanje	22%	10%	30%	28%	21%	18%	20%	23%	23%
Griženje	12%	10%	13%	11%	7%	5%	25%	15%	8%
Brusni papir	2%	3%	2%	6%			5%		
Izbjeljivač ili sredstva za čišćenje na koži	1%		2%				5%		
Zabiranje oštrog predmeta u kožu	7%	3%	10%	11%	7%	9%	10%		
Trljanje stakla u kožu	3%	3%	3%	11%					8%
Udaranje glavom	10%	13%	8%	6%	7%	5%	15%	15%	15%
Udaranje sebe šakom	19%	15%	21%	22%	7%	5%	35%	23%	23%
Sprječavanje cijeljenja rana	8%	3%	11%	6%	7%	9%	10%	8%	8%

Usporedba muških i ženskih sudionika kada su u pitanju određeni načini samoozljeđivanja, prikazana je i na slici 12.



Slika 12. Usporedba muških i ženskih sudionika kada su u pitanju određeni načini samoozljeđivanja

Prema slici 12. vidimo da se dječaci i djevojčice međusobno razlikuju u relativnoj učestalosti nekih od načina samoozljeđivanja. Tako primjerice, vidimo da se djevojčice općenito više samoozljeđuju, ali da veći postotak dječaka primjenjuje paljenje kože ili udaranje glavom.

U tablicama 15. i 16. prikazano je koliko su se često sudionici istraživanja samoozljeđivali na određeni način, ukupno, te ovisno o spolu i dobi.

**Tablica 15.** Učestalost pojedinih načina samoozljeđivanja na ukupnom uzorku i ovisno o spolu

		Cijeli uzorak	Spol	
			muško	žensko
Ukupno		50	13	37
Rezanje	5 ili manje	11	4	7
	6 do 10 puta	5	1	4
	11 do 20 puta	5		5
	21 do 50 puta	6	1	5
	51 do 100 puta	6		6
Paljenje cigaretom	5 ili manje	2	1	1
	11 do 20 puta	1		1
Paljenje upaljačem ili šibicom	5 ili manje	2	1	1
Urezivanje riječi u kožu	5 ili manje	6	2	4
	6 do 10 puta	3		3
	11 do 20 puta	1		1
Urezivanje slika ili znakova u kožu	5 ili manje	3	1	2
Grebanje	5 ili manje	9	2	7
	6 do 10 puta	6	1	5
	11 do 20 puta	1		1
	21 do 50 puta	5	1	4
	51 do 100 puta	1		1
Griženje	5 ili manje	5	2	3
	6 do 10 puta	3		3
	21 do 50 puta	1		1
	51 do 100 puta	1	1	
	više od 100 puta	2	1	1
Brusni papir	5 ili manje	2	1	1
Izbjeljivač ili sredstva za čišćenje na koži	6 do 10 puta	1		1
Zabiranje oštih predmeta u kožu	5 ili manje	2		2
	6 do 10 puta	2		2
	21 do 50 puta	1	1	
	51 do 100 puta	2		2
Trljanje stakla u kožu	5 ili manje	3	1	2
Udaranje glavom	5 ili manje	4	2	2
	6 do 10 puta	4	2	2
	21 do 50 puta	1		1
Udaranje sebe šakom	5 ili manje	8	3	5
	6 do 10 puta	1		1
	11 do 20 puta	5		5
	21 do 50 puta	4	2	2
	više od 100 puta	1	1	
Sprječavanje cijeljenja rana	5 ili manje	2		2
	6 do 10 puta	3		3
	11 do 20 puta	1		1
	21 do 50 puta	1	1	
	51 do 100 puta	1		1

**Tablica 16.** Učestalost pojedinih načina samoozljeđivanja ovisno o dobi

Ukupno (N)		Dob					
		12 god.	13 god.	14 god.	15 god.	16 god.	17 god.
		<b>18</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
Rezanje	5 ili manje	8	6	8	15	7	6
	6 do 10 puta	2	1	2	3	2	1
	11 do 20 puta		1	2	1		1
	21 do 50 puta	2		1	1	1	
	51 do 100 puta	1	1		3		1
Paljenje cigaretom	5 ili manje	1	1	2	1	1	
	11 do 20 puta				2		
Paljenje upaljačem ili šibicom	5 ili manje	1					
Urezivanje riječi u kožu	5 ili manje	1					1
	6 do 10 puta	2	1	1	1	1	
	11 do 20 puta			2	1		
Urezivanje slika ili znakova u kožu	5 ili manje	1					
Grebanje	5 ili manje		1	1	1		
	6 do 10 puta	2	1	2	2	1	1
	11 do 20 puta	2	1		1	1	1
	21 do 50 puta						1
	51 do 100 puta	1	1	1	1	1	
Griženje	5 ili manje			1			
	6 do 10 puta	1	1		2		1
	21 do 50 puta	1			2		
	51 do 100 puta			1			
	više od 100 puta				1		
Brusni papir	5 ili manje				2		
Izbjeljivač ili sredstva za čišćenje na koži	6 do 10 puta	1			1		
Zabiranje oštih predmeta u kožu	5 ili manje				1		
	6 do 10 puta			1	1		
	21 do 50 puta	2					
	51 do 100 puta				1		
Trljanje stakla u kožu	5 ili manje		1	1			
Udaranje glavom	5 ili manje	2					1
	6 do 10 puta		1	1			2
	21 do 50 puta	1			1	2	
Udaranje sebe šakom	5 ili manje				1		
	6 do 10 puta		1		4	1	2
	11 do 20 puta				1		
	21 do 50 puta	4				1	
	više od 100 puta			1	2		1
Sprječavanje cijeljenja rana	5 ili manje					1	
	6 do 10 puta	1			1		
	11 do 20 puta		1	1	1		
	21 do 50 puta						1
	51 do 100 puta					1	

Koliko su različitih metoda samoozljeđivanja koristili, prikazano je u tablici 17.



**Tablica 17.** Broj korištenih metoda samoozljeđivanja prema spolu i dobi

	Cijeli uzorak	Spol		Dob					
		muško	žensko	12 god.	13 god.	14 god.	15 god.	16 god.	17 god.
<b>Ukupno (N)</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>61</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
Niti jedna metoda	60%	72%	52%	67%	64%	64%	45%	54%	69%
Jedna metoda	5%	5%	5%		7%	5%	10%		8%
Dvije metode	12%	5%	16%	6%	14%	23%	5%	23%	
Tri metode	8%	10%	7%	6%	7%		20%	15%	
Četiri metode	3%		5%	6%				8%	8%
Pet metoda	4%	3%	5%	6%		5%	5%		8%
Šest metoda	6%	5%	7%		7%	5%	15%		8%
Sedam metoda	1%		2%	6%					
Osam metoda	1%		2%	6%					

U nastavku i kao uvod u odgovore na preostale probleme istraživanja, prikazani su deskriptivni podaci za sve skale: njihove aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimalna i maksimalna vrijednost, te asimetričnosti i spljoštenosti njihovih distribucija (tablica 18).

**Tablica 18.** Deskriptivni pokazatelji korištenih skala - cijeli uzorak (N=100)

	Min	Maks	M	Sd	Asimetričnost	Spljoštenost
DERS - Prihvaćanje emocija	6	30	15.45	6.537	.587	-.720
DERS - Ciljno usmjerena ponašanja	6	25	16.38	5.282	-.067	-1.021
DERS - Kontrola impulsa	6	29	15.95	6.910	.288	-1.081
DERS - Svijest o emocijama	10	26	17.17	3.747	-.122	-.865
DERS - Strategije emocionalne regulacije	8	40	21.27	8.882	.274	-1.080
DERS - Jasnoća emocija	5	25	13.40	5.312	.315	-.877
DERS - Ukupno	50	166	99.89	29.141	.246	-.980
AIDA - Diskontinuitet	2	91	43.68	20.082	.223	-.750
AIDA - Diskontinuitet - perspektiva	2	35	16.82	7.274	.541	-.183
AIDA - Diskontinuitet - odnosi	0	33	13.63	8.768	.464	-.750
AIDA - Diskontinuitet - emocionalna samorefleksija	0	25	13.23	6.925	-.137	-1.026
AIDA - Inkoherencija	6	104	54.14	23.488	.017	-.875
AIDA- Inkoherencija - konzistentna samopercepcija	0	40	18.59	9.947	.247	-.797
AIDA- Inkoherencija - autonomija	3	42	21.54	9.153	.028	-.671
AIDA - Inkoherencija - kognitivna samorefleksija	0	29	14.01	6.631	.044	-.602
AIDA - Difuzija identiteta	8	190	97.82	41.929	.081	-.862
FAD - Komunikacija	9	30	19.72	3.988	-.208	.474
FAD - Afektivna reakcija	6	20	13.23	3.200	.057	-.234
FAD - Funkcioniranje	12	41	24.13	7.055	.344	-.361
YSR - Anksioznost/ depresivnost	0	26	12.55	6.570	.124	-.997
YSR - Povučенost	1	16	7.79	3.893	.036	-.894
YSR - Tjelesne poteškoće	0	16	5.35	3.817	.643	-.217
YSR - Socijalni problemi	0	15	6.09	3.750	.476	-.894
YSR - Problemi mišljenja	0	18	6.46	4.370	.414	-.609
YSR - Problemi pažnje	2	15	8.32	3.071	.227	-.586
YSR - Kršenje pravila	0	18	5.70	4.249	1.012	.530
YSR - Agresivno ponašanje	1	22	9.12	4.284	.686	.564

Prema rezultatima u tablici 18. vidimo da sve skale imaju distribucije u granicama normale, što je važan preduvjet za neke od daljnjih analiza.

Osim deskriptivnih pokazatelja, također su izračunate i Pearsonove korelacije između učestalosti autoagresivnog ponašanja i glavnih skala u analizi: Obiteljske komunikacije, afektivne reakcije, obiteljskog funkcioniranja, diskontinuiteta i koherencije, emocionalne regulacije, te spola djeteta. Učestalost autoagresivnog ponašanja izračunata je kao kompozit tri čestice na YSR skali (18., 58. i 91.). Pritom je dobivena skala od 7 stupnjeva na kojoj 0 predstavlja sudionike koji ne pokazuju autoagresivno ponašanje, a svaki veći rezultat na njoj ukazuje na veću učestalost i sklonost autoagresivnom ponašanju. Najviši mogući rezultat je 6 te ukazuje na učestalo iskazivanje svih mjerenih oblika autoagresivnog ponašanja (samoozljeđivanje, suicidalne ideje, planovi i pokušaji). Ovakva skala je konstruirana kako bi bilo moguće koristiti parametrijske statističke postupke kojima je moguće prikazati više, detaljnijih rezultata.

Korelacijska matrica prikazana je tablicom 19.

**Tablica 19.** Korelacijska matrica

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Autoagresivno ponašanje								
(2) FAD -Komunikacija	.362**							
(3) FAD - Afektivna reakcija	.388**	.673**						
(4) FAD - Funkcioniranje	.533**	.783**	.737**					
(5) AIDA - Diskontinuitet	.672**	.479**	.452**	.510**				
(6) AIDA - Inkoherencija	.587**	.369**	.329**	.373**	.851**			
(7) DERS Ukupno	.655**	.325**	.307**	.395**	.845**	.847**		
(8) Spol	.295**	.068	.161	.135	.325**	.391**	.352**	

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Iz korelacijske matrice (tablica 19.) vidi se da postoji statistički značajna i pozitivna korelacija između učestalosti autoagresivnog ponašanja i svih istraživanih skala. Pritom su sve korelacije umjerene veličine. Korelacije se kreću od  $r = .295$  za povezanost autoagresivnog ponašanja sa spolom, do  $r = .672$  za vezu između autoagresivnog ponašanja i diskontinuiteta identiteta. Obzirom da su sve korelacije pozitivne, ovi rezultati ukazuju da je učestalost autoagresivnog ponašanja povezana s višim rezultatima na skalama obiteljskog funkcioniranja (pri čemu na tim skalama viši rezultati označavaju lošije obiteljsko funkcioniranje), skalama difuzije identiteta i skali poteškoća u emocionalnoj regulaciji. Također, pozitivna povezanost sa spolom, ukazuje na to da su djevojke sklonije autoagresivnom ponašanju od mladića.

#### **4.2. Relativni doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata**

Kako bi se utvrdio relativni doprinos obiteljskog funkcioniranja, te obiteljske komunikacije i afektivne reakcije na sklonost autoagresivnom ponašanju provedena je hijerarhijska regresijska analiza. U prvom koraku analize uključen je spol sudionika kao kontrolna varijabla, jer se, u ranijim analizama (tablica 19.) pokazala nedvojbeno značajnom u vezi s autoagresivnim ponašanjem. U drugom koraku analize su uključeni obiteljski pokazatelji

(ukupno funkcioniranje, komunikacije i afektivna reakcija), čiji se efekt, na taj način vidi uz držanje spola pod kontrolom. Rezultati su prikazani tablicom 20.

**Tablica 20.** Doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata

	$\Delta R^2$	$\beta$	t	p
<b>1</b>				
Spol		.295	3.052	.003
R=,295; R <sup>2</sup> =,087; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,077; F <sub>(1/98)</sub> =9,314; p<,01				
<b>2</b>				
	<b>,254***</b>			
Spol		.223	2.638	.010
FAD – Komunikacija		-.118	-.851	.397
FAD - Afektivna reakcija		-.017	-.131	.896
<b>FAD – Funkcioniranje</b>		.608	4.023	.000
R=,584; R <sup>2</sup> =,341; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,313; F(4/95) =12,276; p<,001; $\Delta F(3/95)$ =12.199; p<,001				

\*p<.05; \*\* p <.01; \*\*\* p<.001

Rezultati u tablici 20. pokazuju da, u prvom koraku analize spol značajno doprinosi autoagresivnom ponašanju ( $\beta$ =,295;  $t$ =3,052,  $p$ <,01). Obzirom da su u uzorku djevojke označene sa 2, a mladići sa 1, pozitivni beta koeficijent ukazuje na to da djevojke pokazuju više autoagresivnog ponašanja od mladića. Spol objašnjava 8,7% varijance autoagresivnog ponašanja adolescenata.

Kada se u drugom koraku analize uključe obiteljski pokazatelji, objašnjena varijanca značajno raste ( $\Delta R^2$ =,254  $p$ <,001) što ukazuje na njihov značajan doprinos u objašnjenju autoagresivnog ponašanja. Ukupna objašnjena varijanca nakon uključanja obiteljskih pokazatelja iznosi 34,1%. Pregledom beta koeficijenata, vidi se da obiteljska komunikacija i afektivna reakcija ne doprinose značajno njegovom objašnjenju, no ukupno obiteljsko funkcioniranje značajno doprinosi ( $\beta$ =,608;  $t$ =4,023,  $p$ <,001). Obzirom da niži rezultati na FAD skali i svim ispitivanim dimenzijama FAD skale označavaju bolje obiteljsko funkcioniranje, pozitivan beta koeficijent ukazuje da adolescenti iz obitelji s lošijim ukupnim funkcioniranjem pokazuju veću sklonost autoagresivnom ponašanju od adolescenata iz funkcionalnijih obitelji. Spol je i dalje značajan prediktor autoagresivnog ponašanja u drugom koraku analize ( $\beta$ =,223;  $t$ =2,638,  $p$ <,05).

### 4.3. Relativni doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata sa i bez autoagresivnog ponašanja

Kako bismo utvrdili relativni doprinos stupnja razvoja identiteta autoagresivnom ponašanju kod adolescenata također je provedena hijerarhijska regresijska analiza u kojoj se pod kontrolom, kao i u prethodnoj analizi drži spol sudionika. Iz tog razloga, prvi korak analize je identičan analizi u prethodnom poglavlju. No sada su, u drugom koraku analize, dodane dimenzije AIDA upitnika razvoja identiteta - diskontinuitet i inkoherenција. Ove dvije dimenzije zajedno čine pokazatelj ukupne difuzije ili integriranosti identiteta adolescenata. Rezultati regresijske analize su prikazani u tablici 21.

**Tablica 21.** Doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata sa i bez autoagresivnog ponašanja.

	$\Delta R^2$	$\beta$	t	p
<b>1</b>				
Spol		.295	3.052	.003
$R=.295$ ; $R^2=.087$ ; Prilagođeni $R^2=.077$ ; $F_{(1/98)}=9,314$ $p<.01$				
<b>2</b>	<b>.371***</b>			
Spol		.083	1.014	.313
<b>AIDA - Diskontinuitet</b>		<b>.626</b>	<b>4.370</b>	<b>.000</b>
AIDA - Inkoherenција		.022	.152	.879
$R=.677$ ; $R^2=.458$ ; Prilagođeni $R^2=.441$ ; $F_{(3/96)}=27,007$ ; $p<.001$ ; $\Delta F_{(2/96)}=32,829$ ; $p<.001$				

\* $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; \*\*\*  $p<.001$

Prema rezultatima iz tablice 21. može se zaključiti da aspekti razvoja identiteta značajno doprinose objašnjenju sklonosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata. Nakon što se, u drugom koraku analize, uključe diskontinuitet i inkoherenција objašnjena varijanca autoagresivnog ponašanja statistički značajno raste ( $\Delta R^2=.371$   $p<.001$ ) s 8,7% na čak 45,8%. Ovakav porast ukazuje na razmjerno visok doprinos razvoja identiteta na objašnjenje autoagresivnog ponašanja kod adolescenata. Međutim, pregledom beta koeficijenata, vidi se da u ovakvom modelu samo diskontinuitet ima statistički značajan doprinos na sklonost autoagresivnom ponašanju ( $\beta=.626$ ;  $t=4,370$ ;  $p<.001$ ). Razlog tome može biti visoka interkorelacija diskontinuiteta i inkoherenције, zbog čega se individualni doprinos inkoherenције u ovakvom modelu gubi. Pozitivni beta koeficijent ukazuje na to da adolescenti s višom razinom diskontinuiteta pokazuju i veću sklonost autoagresivnom ponašanju.

#### 4.4. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja adolescenata

U istraživanju medijatorskog efekta prvotno je važno utvrditi postoji li veza između prediktorskih i medijacijskih varijabli u modelu. U ovom istraživanju, prvi skup prediktorskih varijabli čine obiteljski čimbenici, dok je emocionalna regulacija pretpostavljeni medijator njihove veze s autoagresivnim ponašanjem adolescenata. Stoga je prvi korak u medijacijskoj analizi bio utvrditi doprinos obiteljskih čimbenika u objašnjenju emocionalne regulacije. Kao i ranije, pod kontrolom je držan spol djeteta. Obzirom da se u ranijim analizama nije pokazalo da komunikacija i afektivna reakcija imaju značajan doprinos autoagresivnom ponašanju, one su isključene iz analize, te je analiza nastavljena samo s ukupnim obiteljskim funkcioniranjem. Rezultati su prikazani u tablici 22.

**Tablica 22.** Doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, u objašnjenju emocionalne regulacije kod adolescenata

	$\Delta R^2$	$\beta$	t	p
<b>1</b>				
Spol		.352	3.722	.000
R=,352; R <sup>2</sup> =,124; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,115; F(1/98) =13,854; p<,001				
<b>2</b>	<b>,123***</b>			
Spol		.304	3.422	.001
FAD - Funkcioniranje		.354	3.986	.000
R=,497; R <sup>2</sup> =,247; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,232; F(2/97) =15,923; p<,001; $\Delta F(1/97)$ =15.886; p<,001				

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Rezultati u tablici 22. pokazuju da, u prvom koraku analize, spol ima značajan doprinos na emocionalnu regulaciju adolescenata ( $\beta = .352$ ;  $t = 3.722$ ;  $p < .01$ ). Kao i u slučaju autoagresivnog ponašanja, pregledane djevojke pokazuju niže razine emocionalne regulacije od pregledanih mladića. Spol objašnjava 12,4% varijance emocionalne regulacije. Kada se, u drugom koraku, u analizu uključi obiteljsko funkcioniranje, objašnjena varijanca statistički značajno raste ( $\Delta R^2 = .123$ ,  $p < .001$ ) na 24.7%. Obiteljsko funkcioniranje značajno predviđa emocionalnu regulaciju kod adolescenata ( $\beta = .354$ ;  $t = 3.986$ ;  $p < .001$ ) i to na način da adolescenti s lošijim ukupnim obiteljskim funkcioniranjem ujedno pokazuju i niže razine emocionalne regulacije.

Obzirom da je ispunjen preduvjet doprinosa prediktora na medijator, nastavilo se s provjerom medijacijskog efekta.

Provjera medijacijskog efekta emocionalne regulacije na vezu između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja prikazana je hijerarhijskom regresijskom analizom u tablici 23.

**Tablica 23.** Medijacijska uloga emocionalne regulacije u vezi između ukupnog obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja

	$\Delta R^2$	$\beta$	t	p
<b>1</b>				
Spol		.295	3.052	.003
R=,295; R <sup>2</sup> =,087; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,077; F(1/98)=9,314; p<,01				
<b>2</b>	<b>,248***</b>			
Spol		.227	2.716	.008
FAD - Funkcioniranje		.503	6.016	.000
R=,579; R <sup>2</sup> =,335; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,321; F(2/97)=24,425; p<,001; $\Delta F(1/97)=36,191$ ; p<,001				
<b>3</b>	<b>,188***</b>			
Spol		.075	.996	.322
FAD - Funkcioniranje		.326	4.243	.000
Ukupna emocionalna regulacija		.499	6.147	.000
R=,723; R <sup>2</sup> =,523; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,508; F(3/96)=35,053; p<,001; $\Delta F(1/96)=37,784$ ; p<,001				

\*p<,05; \*\* p <,01; \*\*\* p<,001

Rezultati prikazani u tablici 23. ukazuju na statistički značajan medijatorski efekt emocionalne regulacije u vezi između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja, kada se pod kontrolom drži spol djeteta. U prvom koraku analize vidimo da spol objašnjava 8,7% varijance autoagresivnog ponašanja. Kada se u drugom koraku analize uključi obiteljsko funkcioniranje, objašnjena varijanca značajno raste ( $\Delta R^2=248$ , p<,001) na 33,5%. Također, vidimo da je obiteljsko funkcioniranje značajan prediktor autoagresivnog ponašanja ( $\beta=,503$ ; t=6,016; p<,001), na ranije opisan način - slabije obiteljsko funkcioniranje je povezano s većom sklonošću autoagresivnom ponašanju. Kada se u trećem koraku analize uključi emocionalna regulacija, objašnjena varijanca također statistički značajno raste ( $\Delta R^2=188$ , p<,001) te emocionalna regulacija značajno doprinosi modelu ( $\beta=,499$ ; t=6,147; p<,001). Istovremeno,

doprinos obiteljskog funkcioniranja u trećem koraku analize opada, ali ostaje statistički značajan ( $\beta=.326$ ;  $t=4,243$ ;  $p<.001$ ). Ovakav rezultat ukazuje na značajan medijacijski efekt emocionalne regulacije u ovom modelu. Obzirom da efekt obiteljskog funkcioniranja slabi, ali i dalje ostaje značajan, govorimo o parcijalnoj medijaciji između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja.

#### 4.5. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata

Kako bi se izračunao medijacijski efekt emocionalne regulacije u odnosu između razvoja identiteta i autoagresivnog ponašanja izračunate su dvije hijerarhijske regresijske analize. Prva utvrđuje doprinos razvoja identiteta na emocionalnu regulaciju (tablica 24.), a druga ukazuje na medijatorsku ulogu emocionalne regulacije (tablica 25.).

**Tablica 24.** Doprinos razvoja identiteta (diskontinuiteta i inkoherencije) u objašnjenju ukupne emocionalne regulacije kod adolescenata

	$\Delta R^2$	$\beta$	t	p
<b>1</b>				
Spol		.352	7.002	.001
	R=.352; R <sup>2</sup> =.124; Prilagođeni R <sup>2</sup> =.115; F(1/98)=13,854; p<.001			
<b>2</b>	<b>.596***</b>			
Spol		.087	1.531	.129
AIDA - Diskontinuitet		.816	14.374	.000
	R=.849; R <sup>2</sup> =.720; Prilagođeni R <sup>2</sup> =.714; F(1/98)=124,772; p<.001; $\Delta F(1/97)=206.621$ ; p<.001			

\* $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$ ; \*\*\*  $p<.001$

Prema rezultatima u tablici 24., može se vidjeti da, nakon prvog koraka u kojem je uključen spol kao kontrolna varijabla, dolazi do statistički značajnog porasta objašnjene varijance emocionalne regulacije, u drugom koraku analize, kada je uključena skala diskontinuiteta ( $\Delta R^2=596$ ,  $p<.001$ ). S ova tri prediktora objašnjeno je čak 72% varijance emocionalne regulacije kod adolescenata. Skala diskontinuiteta ima značajan efekt u objašnjenju emocionalne regulacije ( $\beta=.816$ ;  $t=14,374$ ;  $p<.001$ ) na način da sudionici s višim stupnjem diskontinuiteta imaju nižu emocionalnu regulaciju.



**Tablica 25.** Medijacijska uloga emocionalne regulacije u vezi između razvoja identiteta (diskontinuiteta i inkoherencije) i autoagresivnog ponašanja

	$\Delta R^2$	$\beta$	t	p
<b>1</b>				
Spol		.295	3.052	.003
R=,295; R <sup>2</sup> =,087; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,077; F(1/98)=9,314; p<,01				
<b>2</b>				
	<b>,371***</b>			
Spol		.086	1.083	.281
AIDA - Diskontinuitet		.644	8.143	.000
R=,676; R <sup>2</sup> =,458; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,446; F(2/97)=40,911; p<,001; $\Delta F(1/97)=66,302$ ; p<,001				
<b>3</b>				
	<b>,023*</b>			
Spol		.061	.770	.443
AIDA - Diskontinuitet		.408	2.967	.004
Ukupna emocionalna regulacija		.289	2.076	.041
R=,693; R <sup>2</sup> =,481; Prilagođeni R <sup>2</sup> =,465; F(3/96)=29,642; p<,001; $\Delta F(1/96)=4,311$ ; p<,05				

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

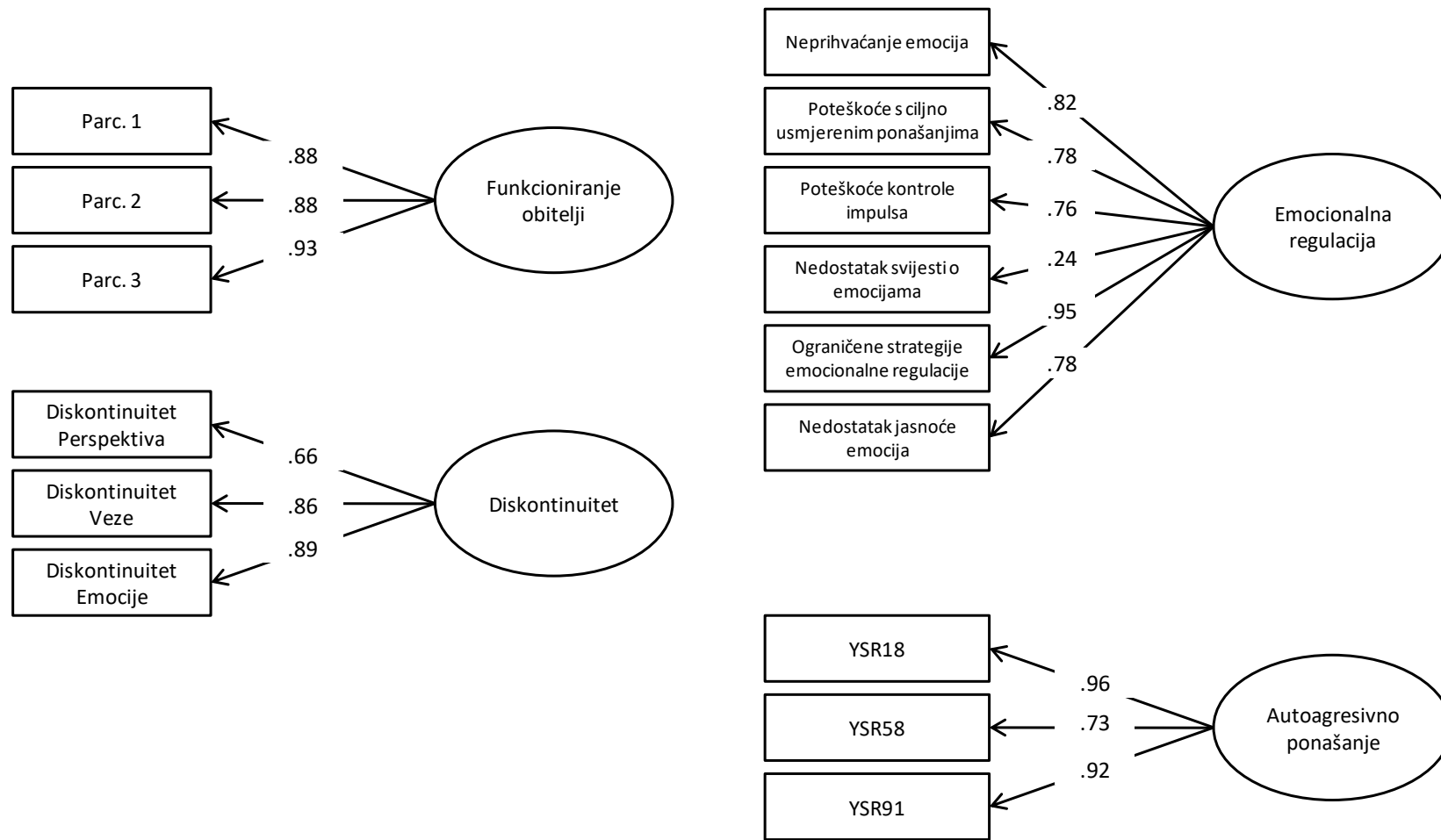
Rezultati u tablici 25. ukazuju na statistički značajan medijatorski efekt emocionalne regulacije u vezi između aspekta razvoja identiteta i autoagresivnog ponašanja, kada se pod kontrolom drži spol adolescenata. U drugom koraku analize, dodavanje diskontinuiteta pridonosi značajnom porastu objašnjene varijance ( $\Delta R^2=371$ ,  $p < .001$ ) s ,087% na 45,8%. Razvoj identiteta iskazan skalom diskontinuiteta je značajan prediktor autoagresivnog ponašanja ( $\beta=,644$ ;  $t=8,143$ ;  $p < .001$ ) pri čemu je viša razina diskontinuiteta povezana s većom sklonošću autoagresivnom ponašanju. Kada se u trećem koraku analize uključi emocionalna regulacija, objašnjena varijanca dodatno raste ( $\Delta R^2=,023$ ,  $p < .05$ ) te emocionalna regulacija značajno doprinosi modelu ( $\beta=,289$ ;  $t=2,076$ ;  $p < .05$ ). Doprinos diskontinuiteta u trećem koraku analize opada, ali ostaje statistički značajan ( $\beta=,408$ ;  $t=2,967$ ;  $p < .01$ ). Ovakav rezultat ukazuje na značajan medijacijski efekt emocionalne regulacije u ovom modelu, ali kao i u prethodnom slučaju, govorimo o parcijalnoj medijaciji između identiteta i autoagresivnog ponašanja.

#### 4.6. Provjera modela strukturalnim modeliranjem

Strukturalno modeliranje (SEM) je skup metoda koje služe za određivanje odnosa između multivarijatnih podataka i najčešće se koristi u društvenim znanostima. Strukturalno modeliranje ispituje kompleksne veze između latentnih varijabli i testira slaže li se neki, prethodno definiran hipotetski model s izmjerenim podacima.

Prije računanja strukturalnog modela u ovom istraživanju provjerena je multivarijatna normalnost podataka, provjerom univarijatnih asimetričnosti i spljoštenosti svake varijable i provjerom Mahalanobisove udaljenosti multivarijatnih ekstremnih rezultata. Pokazalo se da rezultati većinom zadovoljavaju kriterij multivarijatne normalnosti. Strukturalno modeliranje uključuje dva osnovna koraka: u prvom koraku definiranja mjernog modela izračunata je konfirmatorna faktorska analiza u kojoj faktori predstavljaju latentne varijable u modelu, a u drugom koraku je testiran odnos između tih latentnih varijabli.

U ovom radu korištene su četiri latentne varijable, što je bazirano na rezultatima prethodnih analiza: funkcioniranje obitelji, diskontinuitet, emocionalna regulacija i sklonost autoagresivnom ponašanju (slika 13 - elipse označavaju latentne varijable, pravokutnici opažene ili združene varijable; vrijednosti na strelicama označavaju saturacije latentnih varijabli s opaženim ili združenim).



Slika 13. Mjerni model

Uobičajeno se preporuča parcijalizacija latentnih varijabli, odnosno korištenje združenih umjesto pojedinačnih čestica. Združene čestice često imaju bolje psihometrijske karakteristike. U ovom radu parcijalizirana je skala funkcioniranja obitelji na tri parcele, dok su za definiciju skala diskontinuiteta i emocionalne regulacije korištene njihove dimenzije. Obzirom da su ovako kreirane varijable kompoziti rezultata na pojedinim dimenzijama skale, bazirani na konfirmatornoj faktorskoj analizi, uobičajeno je da njihove međusobne veze budu nešto drugačije nego kad se koriste uobičajeno pribrojane skale. Varijabla autoagresivno ponašanje kreirana je od čestica 18, 58 i 91 na YSR upitniku.

Ovakvim kreiranjem latentnih varijabli reducirao se njihov broj te se olakšala interpretabilnost konačnog strukturalnog modela.

U tablici 26. prikazane su povezanosti između latentnih varijabli.

**Tablica 26.** Interkorelacije između uključenih latentnih varijabli

	1	2	3	4
1. Funkcioniranje obitelji		.554***	.433***	.569***
2. Diskontinuitet			.947***	.746***
3. Emocionalna regulacija				.699***
4. Autoagresivno ponašanje				

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Vidimo da su sve povezanosti između latentnih varijabli umjerene do visoke, te statistički značajne na razini od 0.01%. Izuzetno visoku korelaciju pokazuju varijable diskontinuiteta i emocionalne regulacije ( $r = .947$ ,  $p < .001$ ). Iako su visoke korelacije među latentnim varijablama poželjne jer ukazuju na dobro pristajanje modela, previsoke korelacije poput ove mogu stvoriti tzv. pretjerano pristajanje (eng. *overfitting*) pa interpretabilnost rezultata u kasnijem, strukturalnom modelu, može biti narušena.

Mjerni i strukturalni modeli se uobičajeno testiraju s nekoliko indikatora pristajanja:  $\chi^2$ ,  $\chi^2/df$ , *RMSEA*, *TLI*, *IFI* i *CFI*, prema pravilima koja slijede:

$\chi^2$  - Hi-kvadrat koji nije statistički značajan ukazuje na dobro slaganje modela.

$\chi^2/df$  – Najstroži kriterij zahtijeva omjere u opsegu 2:1, a blaži kriteriji dopuštaju omjere do opsega 5:1.

**RMSEA** (eng. *The root mean square error of approximation*) – vrijednosti od 0,05 ili manje smatraju se dobrim slaganjem, između 0,05 – 0,10 prihvatljivim, a veće od 0,10 se odbacuju.

**CFI** (eng. *Comparative Fit Index*) - Vrijednosti  $\geq 0,90$  smatraju se prihvatljivim pristajanjem modela, a vrijednosti iznad  $\geq 0,95$  ukazuju na dobro slaganje.

**TLI** (eng. *Tucker-Lewis Index*) - prihvatljive su vrijednosti iznad 0,9, no bolje su vrijednosti iznad 0,95.

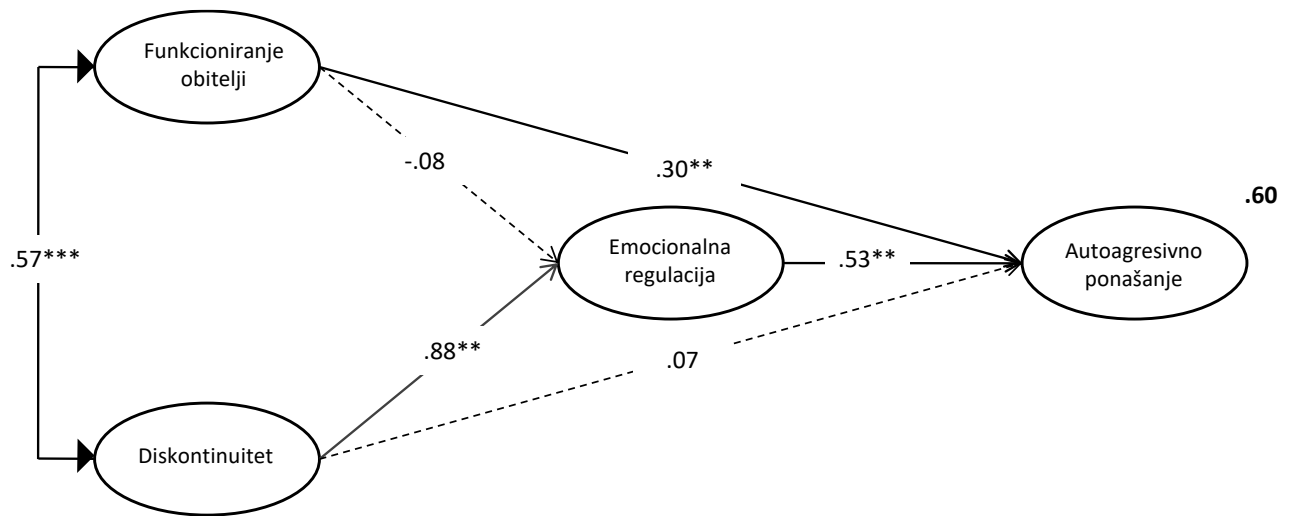
U tablici 27. prikazano je pristajanje mjernog modela.

**Tablica 27.** Pristajanje mjernog modela

$\chi^2$	$\chi^2/df$	CFI	TLI	RMSEA
102,88 p<,01	1,302	,980	,973	,055

Vidimo da ovako definiran model pokazuje prihvatljivo slaganje prema nekim parametrima (RMSEA) te dobro slaganje prema drugim parametrima ( $\chi^2/df$ , CFI, TLI). Jedino  $\chi^2$  pokazuje loše slaganje. Obzirom da je  $\chi^2$  uobičajeno osjetljiv na veličinu uzorka pa je zapravo rijetko neznačajan, možemo reći da je korišteni mjerni model prihvatljiv.

U drugom koraku izrađuje se i testira strukturalni model te se njime testiraju postavljenje hipoteze o međusobnim odnosima između latentnih varijabli. Na slici 14. prikazan je konačni strukturalni model. Funkcioniranje obitelji i diskontinuitet su prediktorske (nezavisne) varijable, emocionalna regulacija je medijacijska varijabla, a autoagresivno ponašanje je kriterijska (zavisna) varijabla. Tijekom testiranja modela pod kontrolom je, kao i u ranijim regresijskim analizama, držan spol sudionika.



\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

**Slika 14. Strukturalni model**

Iz strukturalnog modela (slika 14) vidimo da postoji statistički značajan i izuzetno visok efekt diskontinuiteta ( $\beta = .88$ ;  $p < .01$ ) na emocionalnu regulaciju, dok se efekt funkcioniranja obitelji u ovako konstruiranom modelu izgubio ( $\beta = -.08$ ;  $p > .05$ ). Ipak, vidimo da je direktni efekt funkcioniranja obitelji na autoagresivno ponašanje statistički značajan i pozitivan ( $\beta = .30$ ;  $p < .01$ ) što ukazuje na to da je lošije obiteljsko funkcioniranje direktno povezano s većim iskazivanjem autoagresivnog ponašanja. Također je pronađen i značajan direktni efekt emocionalne regulacije na autoagresivno ponašanje ( $\beta = .53$ ;  $p < .01$ ). Drugim riječima, indirektni efekt diskontinuiteta putem emocionalne regulacije se značajno razlikuje od nule, dok se indirektni efekt funkcioniranja obitelji putem emocionalne regulacije izgubio. Cijelim modelom je objašnjeno ukupno 60% varijance autoagresivnog ponašanja adolescenata što je zadovoljavajuće visok postotak. Daljnji korak je provjeriti pristajanje ovog strukturalnog modela, što je, prema ranije opisanim relevantnim pokazateljima, prikazano u tablici 28.

**Tablica 28.** Pristajanje strukturalnog modela

$\chi^2$	$\chi^2/df$	CFI	TLI	RMSEA
99,51	1,118	,991	,988	,035
$p>,05$				

Prema rezultatima u tablici većina pokazatelja pristajanja su dobri. Hi-kvadrat nije statistički značajan ( $\chi^2=99,51$ ,  $p>,05$ ), što ukazuje dobro pristajanje modela. Također i svi ostali pokazatelji imaju vrijednosti koje ukazuju na dobro pristajanje modela: RMSEA, kao najvažniji pokazatelj ima idealnu vrijednost od ,035, a CFI (.991) i TLI (.988) prelaze preporučene vrijednosti koje ukazuju dobro pristajanje. Omjer hi-kvadrata sa stupnjevima slobode također ukazuje na dobro pristajanje modela (1,118) što je realniji pokazatelj od samog hi-kvadrata. Stoga možemo reći da ovaj model ima dobro slaganje s podacima. Ipak, u budućnosti se preporuča da se ovo istraživanje ponovi na većem uzorku jer strukturalno modeliranje daje najpreciznije rezultate na uzorcima većim od 200 sudionika .

Važno je napomenuti da mali uzorak sudionika može imati utjecaj na mjere pristajanja modela. Primjerice, Taasoobshiraz i Wang (2016) pronalaze da se RMSEA na malim uzorcima često poveća što rezultira češćim odbacivanjem modela nego što bi to bio slučaj na velikim uzorcima. Ipak, obzirom da u ovom istraživanju RMSEA ukazuje na dobro pristajanje modela, vidimo da mali uzorak nije narušio rezultate strukturalnog modeliranja.

Direktni, indirektni i totalni efekti prikazani su u tablici 29.

**Tablica 29.** Direktni, indirektni i totalni efekti

Prediktor	Zavisna varijabla	Totalni efekt	Direktni efekt	Indirektni efekt	95% interval pouzdanosti za indirektni efekt
Funkcioniranje obitelji	Autoagresivno ponašanje	.26*	.30**	-.04	-.266, .009
Diskontinuitet	Autoagresivno ponašanje	.54**	.07	.47**	.019, .375
Emocionalna regulacija	Autoagresivno ponašanje	.53**	.53**	/	/

\* $p<,05$ ; \*\* $p<,01$

Prema tablici 29. vidimo da je indirektni efekt diskontinuiteta na autoagresivno ponašanje, putem emocionalne regulacije, statistički značajan na razini od 1%, dok indirektni efekt funkcioniranja obitelji na autoagresivno ponašanje nije statistički značajan.



## 5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti ulogu emocionalne regulacije u odnosu razvoja identiteta, obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja kod adolescenata s problemima mentalnog zdravlja. Zbog izuzetne ozbiljnosti i zastupljenosti autoagresivnog ponašanja djece i mladih, važno je ispitati ulogu nekih njegovih rizičnih čimbenika i korelata. Na temelju nalaza ranijih istraživanja te višegodišnje kliničke prakse s djecom i adolescentima sklonima autoagresivnom ponašanju, u fokus su stavljeni prvenstveno obiteljski čimbenici, razvoj identiteta i emocionalna regulacija kao potencijalno važni korelati autoagresivnog ponašanja kod adolescenata. Pritom je autoagresivno ponašanje definirano kao nesuicidalno samoozljeđivanje (NSSO), suicidalne ideje i/ili suicidalni pokušaji.

Brojna su strana istraživanja pokazala da je autoagresivno ponašanje kod djece i adolescenata, bilo da je riječ o nesuicidalnom samoozljeđivanju ili suicidu, ozbiljan i visoko zastupljen problem suvremenog društva. Metaanaliza koju Xiao i sur. (2022) pokazuje da se gotovo svaki četvrti adolescent, u nekom periodu svog života namjerno se samoozljeđivao. Istovremeno, globalna prevalecija suicidalnih ideja na populaciji u dobi od 6 do 21 godine starosti je u posljednjih 40 godina iznosila 14,3% do 22,6%, dok je 4,6% do 15,8% djece i mladih imalo suicidalne pokušaje (Van Meter i sur., 2023).

Osim što je ovaj problem izrazito učestao, pokazalo se da je i stabilan kroz vrijeme te ima dugoročne posljedice na osobe koje su njime zahvaćene. U istraživanju mentalnog zdravlja i suicidalnog ponašanja koje su proveli Sivertsen i sur. (2024) uspoređivale su se dvije skupine sudionika u periodu od adolescencije (16 do 19 godina) do rane odrasle dobi (22 do 25 godina). Rezultati su prikazani u sklopu dva istraživanja, s razmakom od 6 godina, čime je dobiven uzorak za longitudinalno istraživanje koje je obuhvatilo ukupno 1257 sudionika. Rezultati su pokazali kako problemi s mentalnim zdravljem u kasnoj adolescenciji pa tako i sklonost autoagresivnom ponašanju, specifično NSSO, predstavljaju značajan rizik za kasnije poteškoće mentalnog zdravlje, u mladoj odrasloj dobi, odnosno potvrđuju obrazac stabilnosti tijekom vremena. Kontinuitet nastanka i održavanja te stabilnosti problema mentalnog zdravlja potvrdio se u drugim istraživanjima (Goodman i sur., 2011). Visoka stabilnost NSSO od adolescencije do mlade odrasle dobi pronađena je u nekoliko prethodnih longitudinalnih istraživanja, kako na kliničkim (Rodríguez-Blanco i sur., 2021) tako i na uzorcima na općoj populaciji (Daukantaitė i sur., 2021). Zbog visoke stabilnosti NSSO u vremenu važne su

preventivne mjere, rano prepoznavanje i pravovremene intervencije s ciljem smanjenja poteškoća i sprečavanja progrediranja i kronificiranja problema mentalnog zdravlja od adolescentne prema odrasloj dobi. Također su važna sustavna istraživanja korelata, rizičnih čimbenika i prediktora autoagresivnog ponašanja, poput ovog. Bolje razumijevanje ovog fenomena olakšava raniju detekciju i prepoznavanje ranih znakova, čime se omogućuje i pravovremena intervencija te prevencija težih posljedica autoagresivnog ponašanja.

U sljedećem poglavlju raspravit će se rezultati dobiveni u ovom istraživanju, prema postavljenim istraživačkim problemima i hipotezama, te će ih se usporediti s ranijim nalazima u domaćoj te međunarodnoj literaturi. Sagledat će se prednosti i nedostatke ovog istraživanja te prikazati njegove znanstvene i praktične doprinose.

## **5.1. Vrste poteškoća mentalnog zdravlja kod adolescenata zaprimljenih na prvi pregled i prisutnost autoagresivnog ponašanja**

Prvi problem ovog istraživanja bio je istražiti s kojim se sve problemima mentalnog zdravlja susreću sudionici ovog istraživanja u odnosu na prisutnost ili odsutnost autoagresivnog ponašanja. Ovaj istraživački problem je bio eksplorativnog tipa, a rezultati su prikazani primarno deskriptivno. U daljnjem tekstu raspravit će se glavni nalazi.

### 5.1.1. Dijagnoze mentalnih poremećaja sudionika istraživanja

Na ukupnom uzorku sudionika uključenih u ovo istraživanje, 80% sudionika imalo je dijagnozu emocionalnih poremećaja s početkom u djetinjstvu. Druga najčešća dijagnoza bila je depresija (7% sudionika) te mješoviti poremećaji ponašanja i emocija (5%). Ostale dijagnoze uključenih adolescenta su poremećaj prilagodbe (3%), hiperkinetski poremećaj (2%), panični poremećaj (2%) i opsesivno-kompulzivni poremećaj (1%). Općenito nisu pronađene razlike u povijesti autoagresivnog ponašanja s obzirom na dijagnozu, što ukazuje na to da je autoagresivno ponašanje zastupljeno u svim uključenim dijagnozama, podjednako.

To potvrđuju i rezultati dobiveni na YSR upitniku koji obuhvaćaju osam dimenzija teškoća mentalnog zdravlja te su se sve pokazale povezanima s autoagresivnim ponašanjem: sudionici koji iskazuju autoagresivna ponašanja istovremeno imaju i značajno više rezultate na

svim dimenzijama od sudionika koji nemaju povijest autoagresivnog ponašanja. I drugi autori nalaze različite dijagnoze u podlozi sklonosti autoagresivnom ponašanju. Hawton i sur. (2012) u pregledu istraživanja rizičnih čimbenika NSSO i suicidalnosti navode psihijatrijske poremećaje pri čemu su najčešći psihijatrijski poremećaji bili depresija, anksioznost i zlouporaba droga i alkohola. Ostala istraživanja pokazala su kako se depresivno raspoloženje i NSSO često pojavljuju istovremeno (Baker i sur., 2023; Huang i sur., 2021), što je u skladu s nalazom da je depresija i visoko povezana s NSSO-m (Plener i sur., 2015). Često se NSSO-e kod pacijenata dobije u sklopu kliničke slike velike depresivne epizode (Nock i sur, 2006). U Hrvatskoj, Sičić i Mužinić (2008), pokazuju da većina adolescenata koji se samoozljeđuju imaju dijagnosticiran jedan od poremećaja ponašanja, poremećaja ponašanja i osjećaja, depresiju ili adolescentnu krizu.

Kada se ispituju osobni čimbenici i dijagnoze, Fox i sur. (2015) su, u metaanalizi 20 prospektivnih studija, naveli najznačajnije rizične čimbenike za nesuicidalno samoozljeđivanje sljedećim redoslijedom: povijest NSSO, klaster B poremećaja ličnosti, beznađe, prethodne suicidalne misli i ponašanja, izloženost NSSO-u vršnjaka, dijagnoza depresije, simptomi depresije, poremećaji prehrane, ženski spol, eksternalizirani poremećaji, internalizirani poremećaji, opća psihopatologija i emocionalna regulacija. Svi navedeni čimbenici pokazali su se značajnim prediktorima NSSO.

### 5.1.2. Autoagresivno ponašanje

Sudionici u okviru ovog istraživanja su bili adolescenti u dobi od 12 do 17 godina. Većina njih su bile djevojčice (61%) te su sudionici bili namjerno podijeljeni u dvije jednake grupe: oni koji su imali povijest autoagresivnog ponašanja i oni koji nisu. Samo jedna sudionica u uzorku (tj. 2% od ukupnog broja sudionika s autoagresivnim ponašanjem) se samoozljeđivala bez suicidalnih ideja i pokušaja. Dvije sudionice (4% od sudionika s autoagresivnim ponašanjem) su imale suicidalne ideje, ali bez samoozljeđivanja, a tri sudionice (6% od onih s autoagresivnim ponašanjem) je imalo samoozljeđivanje i suicidalne pokušaje. Trinaest uključenih sudionika, muških i ženskih (tj. 26% od onih koji su iskazivali autoagresivna ponašanja), je imalo suicidalne ideje i pokušaje bez samoozljeđivanja, dok je čak 31 sudionik (62%) od onih koji su iskazivali autoagresivno ponašanje imali svo troje: samoozljeđivanje, suicidalne ideje i pokušaje. Ovakvi nalazi ukazuju na to da samoozljeđivanje, suicidalne ideje

i pokušaji, najčešće dolaze zajedno. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da većina sudionika koji imaju povijest nesuicidalnog samoozljeđivanja, također imaju i suicidalne ideje i pokušaje.

Kao što je ranije opisano, istraživanjima je potvrđena i veza između nesuicidalnog samoozljeđivanja te suicidalnih ideja i pokušaja. NSSO može ukazivati na postojanje suicidalnih ideja te se oni često javljaju u komorbiditetu (Lloyd-Richardson i sur., 2007; Stewart i sur., 2017; J. Tang i sur., 2011). U kliničkim uzorcima, do 70% adolescenata sklonih NSSO prijavilo je povijest pokušaja suicida (Nock i sur., 2006). Prethodna sklonost NSSO-u predviđa buduće samoubojstvo, a pojedinci s anamnezom NSSO-a imaju čak 30 puta veću vjerojatnost da će počinuti suicid nego opća populacija (Cooper i sur., 2005). Također su istraživanja pokazala da pojedinci koji koriste višestruke NSSO metode imaju veći rizik od suicidalnog ponašanja od onih koji koriste manje NSSO metoda (Nock i sur., 2006). Stewart i sur. (2017) su u svom istraživanju provedenom na uzorku od 397 adolescenata u dobi od 13 do 18 godina, pronašli da su sudionici koji su imali suicidalne pokušaje imali veću sklonost samoozljeđivanju, koristili više različitih metoda samoozljeđivanja te su bili skloni koristiti ekstremnije metode (poput paljenja).

Istraživanje Madgea i sur. (2008) utvrdilo je da čak 59% adolescenata koji se samoozljeđuju navodi da je željelo umrijeti. Kerr i sur. (2010) također ukazuje na korelaciju između suicida i samoozljeđivanja, a Voss i sur. (2020) navode da je životna prevalencija zajedničkog pojavljivanja NSSO i suicidalnog ponašanja 7,7%, a čak 39,6% adolescenata koji pokazuju bilo koji oblik NSSO iskazuju i suicidalna ponašanja. Hrvatski rezultati nisu puno drugačiji te također potvrđuju ovu vezu. Primjerice, Sičić i Mužinić (2008) u svom istraživanju pronalaze da je, od adolescenata, pacijenata dnevne bolnice, koji se samoozljeđuju, njih 53,85% ranije pokušalo suicid, imalo je suicidalnu namjeru ili suicidalne misli. Sličan, čak i nešto veći postotak je dobiven i u ovom istraživanju (62%).

Neki autori objašnjavaju razlog zbog kojeg je ono što počinje kao nesuicidalno samoozljeđivanje često puta rizičan čimbenik za pokušaj suicida (Joiner, 2005). Joiner (2005) objašnjava da se osobe koje se učestalo samoozljeđuju postupno privikavaju na bol te s vremenom, prevladavaju strah i razvijaju više kapaciteta za pokušaj suicida. I drugi autori (Groschwitz i sur., 2015; Whitlock i sur., 2013) se slažu s ovakvim viđenjem NSSO te smatraju da je to prijelazno ponašanje prema suicidu koje može smanjiti inhibicije kroz navikavanje na čin samoozljeđivanja.

Sudionici ovog istraživanja koristili su različite metode samoozljeđivanja. Rezultati su prikazani ovisno o spolu i dobi te je, sveukupno gledano, najčešći zabilježen oblik samoozljeđivanja bio rezanje, kojem pribjegava 33% uključenih sudionika (neovisno o spolu), odnosno čak 44% djevojčica koje se samoozljeđuju (u usporedbi sa samo 15% dječaka). Sljedeći najčešći oblik samoozljeđivanja je grebanje (22% na ukupnom uzorku, 30% djevojčica i 10% dječaka). Potom slijedi udaranje sebe šakom (ukupno 19%, tj. 15% dječaka i 21% djevojčica), griženje (12% od ukupnog uzorka te 13% djevojčica i 10% dječaka), dok su udaranje glavom i urezivanje riječi u kožu podjednako zastupljeni (ukupno 10%), uz razliku između dječaka i djevojčica, pri čemu dječaci češće od djevojčica udaraju glavom (13% nasuprot 8%), a djevojčice su češće sklone urezivati riječi u kožu od dječaka (13% nasuprot 5%). Pregledom frekvencija, vidimo da djevojčice općenito koriste sve metode samoozljeđivanja podjednako ili češće od dječaka, osim kad je u pitanju udaranje glavom i paljenje upaljačem ili šibicama, u čemu prednjače dječaci. Velike razlike u postocima mogu se uočiti u rezanju, urezivanju riječi u kožu, grebanju, zabadanju oštih predmeta u kožu i sprječavanju cijeljenja rana. Iako je analiza prvenstveno frekvencijska i nisu testirane razlike u učestalosti korištenja pojedinih metoda, zbog malih brojeva sudionika u nekim skupinama, već se iz ovih rezultata može pretpostaviti da su djevojčice sklonije nabrojanim metodama od dječaka. Pregled ranijih domaćih istraživanja daje donekle različite rezultate kad su u pitanju načini samoozljeđivanja. Sičić i Mužinić (2008) pronašli da su najčešće metode rezanje (80,77 %); paljenje (15,38 %) i grebanje kože (19,23 %). Važno je napomenuti da je njihovo istraživanje provedeno na vrlo malom uzorku (26 pacijenata dnevne psihijatrijske bolnice) te da je općenito na malim i kliničkim uzorcima moguće variranje u nalazima ovakvog tipa. Čini se da je ipak među hrvatskim adolescentima, na kliničkom uzorku rezanje konzistentno najzastupljeniji oblik samoozljeđivanja kod adolescenata (Ercegović i sur., 2018; Sičić i Mužinić, 2008). Strana istraživanja donose različite rezultate vezano za metode samoozljeđivanja te su, najzastupljenije metode različite u različitim sredinama. Sornberger i sur. (2012) u svom istraživanju provedenom na srednjoškolacima u Kansasu pronalaze također rezanje kao najzastupljeniju metodu, dok Poudel i sur. (2022) pronalaze da je među nepalskim adolescentima, najučestalija metoda „kopanje po rani“ (eng. *picking at wound*), zatim griženje, čupanje kose, a rezanje dolazi kao četvrta najzastupljenija metoda. Na provedenoj metaanalizi za razdoblje između 2010 i 2021 godine na nekliničkom uzorku adolescenata dobi 10 do 19 godina, Xiao i sur. (2022), navode tri najčešće vrste NSSO, a to su: udaranje/lupanje, potom štipanje i čupanje kose.

Ukoliko se analizira broj različitih metoda samoozljeđivanja, na cijelom uzorku sudionika ovog istraživanja, većina adolescenata koji se samoozljeđuju, pribjegavalo je dvjema različitim metodama. Navedeno je u skladu sa navodima osoba koje se uključuju u samoozljeđivanje da koriste više metoda samoozljeđivanja (Gratz, 2001). Kada se analizira prema spolu, dječaci su češće koristili tri metode, dok su djevojčice većinom koristile dvije različite metode samoozljeđivanja. Pregledom frekvencija dobi uključenih sudionika, teško je uočiti neke mjerljive trendove u načinima samoozljeđivanja, a statističko testiranje je onemogućeno malim brojem ili izostankom sudionika u pojedinim skupinama. Ipak se pokazalo da je u svakoj od ispitivanih dobi, najzastupljenija metoda rezanje (osim u dobi od 17 godina, kad su rezanje i grebanje jednako zastupljeni). Također se pokazalo da najveći broj sudionika koji se samoozljeđuju ima 14 godina, što je u skladu s ranijim nalazima kojima se pokazalo da je srednja dob samoozljeđivanja 14 godina (Klonsky, 2011). Pregledom nekih longitudinalnih istraživanja o NSSO, dolazi se do podatka da prevalencija NSSO dostiže vrhunac sredinom adolescencije, između 15. i 16. godine (Plener i sur., 2015), što je također blisko nalazima ovog istraživanja. Također, rezultati istraživanja su u skladu s ranije provedenim istraživanjem na kliničkom uzorku (Ercegović i sur., 2018) hospitaliziranih adolescenata u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež koje navodi prosječnu dob samoozljeđivanja od 15,2 godina, a kao najčešću metodu samoozljeđivanja navodi rezanje. U navedenom istraživanju, 42% ispitanika koristilo je također dva do četiri tipa samoozljeđivanja.

### 5.1.3. Autoagresivno ponašanje i spol

Rezultati istraživanja su pokazali razlike između djevojčica i dječaka, pri čemu je u skupini adolescenata koji su imali povijest autoagresivnog ponašanja bilo znatno više djevojčica te su se djevojčice općenito pokazale sklonijima autoagresivnom ponašanju. Skupina s autoagresivnim ponašanjem i skupina bez autoagresivnog ponašanja, nije se razlikovala niti po jednom drugom sociodemografskom ili medicinskom obilježju osim spola. Vezano za spol, osim zabilježenih značajnih razlika u učestalosti autoagresivnog ponašanja, moguće je uočiti i različite distribucije frekvencija kada su u pitanju metode nesuicidalnog samoozljeđivanja, kao što je opisano u ranijem poglavlju. No te razlike, zbog malog broja sudionika po kategorijama, nisu mogle biti testirane. Rezultati koji ukazuju na spolne razlike kada se ispituje autoagresivno ponašanje su višestruko potvrđeni i ranijim istraživanjima. Istraživanje Madge i sur. (2008) pronašlo je da se među adolescentima, u dobi od 14 do 17 godina, iz sedam europskih zemalja

samoozljeđuju tri od deset djevojčica i svaki deseti dječak. Metaanaliza Bresina i Schoenleber (2015) navodi da se adolescentice više nego adolescenti uključuju u NSSO, te je razlika bila veća na kliničkoj populaciji u usporedbi sa studijama provedenim na općoj populaciji. Xiao i sur. (2022) navode da ženski spol može povećati rizik za NSSO, a Farkas i sur. (2023) potvrđuje da je prevalencija samoozljeđivanja značajno veća kod djevojčica (19,4% ) nego kod dječaka (12,9%). Ranija provedena istraživanja potvrđuju razlika u spolu, pri čemu djevojčice do adolescentske dobi pokazuju veću sklonost autoagresivnom ponašanju od dječaka, te su rezultati potvrđeni na kliničkim i nekliničkim uzorcima (Hawton i sur., 2002; Madge i sur., 2008). Hartas (2019) objašnjava da djevojčice pokazuju više negativnih emocija, imaju niže samopoštovanje i nižu kvalitetu života što narušava njihovo psihičko zdravlje i psihološku dobrobit. Hartas (2019) to objašnjava socijalnim i ekonomskim čimbenicima te spolnom nejednakošću koja počinje već u dječjoj dobi. Djevojčice mogu biti osjetljivije na samoozljeđivanje, što se povezuje uz veću razinu negativnog afekta, lošiju sposobnost upravljanja emocijama i slabiju sposobnost kontroliranja impulsa (Chen i Chun, 2019).

Hrvatska istraživanja se ne razlikuju bitno u rezultatima kada se ispituje veza spola i autoagresivnog ponašanja. Rezultati istraživanja koje je provela Tripković (2013) na nekliničkom uzorku srednjoškolca, pokazuju visoku učestalost autoagresivnog ponašanja i značajnu razliku između djevojčica i dječaka. Pritom djevojčice češće pokazuju anksiozne simptome i autoagresivno ponašanje, dok dječaci negativne emocije češće izražavaju agresivnošću prema drugima (Tripković i sur., 2013). Na navedenom uzorku Tripković i suradnici (2014) su također pronašli vezu između depresije i autoagresije, te veću učestalost depresije kod djevojčica nego kod dječaka. Dokazan je značajan utjecaj razine depresije na autoagresiju kod ispitanika oba spola, pritom u skupini teško depresivnih ispitanice pokazuju značajno veću autodestruktivnost (Tripković i sur., 2014). Istraživanje Rezo Bagarić i sur. (2023), pojavnosti samoozljeđivanja i suicidalnih misli na uzorku srednjoškolaca Grada Zagreba prije i tijekom pandemije COVID-19 odnosno 2016. i 2021. godine pokazuje dvostruko veću pojavnost samoozljeđivanja i suicidalnih misli kod djevojaka u usporedbi s mladićima. U njihovom istraživanju je također pronađeno da su mladi koji su procjenjivali da njihove obitelji imaju manje novaca od drugih iskazivali najviše samoozljeđivanja i suicidalnih misli što u ovom istraživanju nije potvrđeno.

Tomac (2015) na kliničkom uzorku od 150 adolescenata u dobi od 14 do 18 godina pronalazi četverostruko veću pojavnost samoozljeđujućeg ponašanja kod djevojčica nego kod

dječaka. Paradžik i sur. (2022) u istraživanju provedenom na kliničkom uzorku 2428 djece/adolescenata pregledanih u jednoj hitnoj psihijatrijskoj ambulanti, od kojih je 447 izvještavalo o suicidalnom ponašanju (uključujući suicidalne misli, suicidalne pripreme aktivnosti i suicidalne pokušaje), pronalaze značajne razlike između djevojčica i dječaka u učestalosti suicidalnog ponašanja, pri čemu djevojčice iskazuju učestalije suicidalno ponašanje od dječaka.

## **5.2. Doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata**

Drugi problem ovog istraživanja bio je utvrditi do koje mjere ukupno obiteljsko funkcioniranje, obiteljska komunikacija i afektivne reakcije u obitelji mogu objasniti pojavu autoagresivnog ponašanja kod adolescenata.

Brojna ranija istraživanja ukazala su na ovu vezu, te se obiteljsko okruženje smatra jednim od važnih prediktora sklonosti autoagresivnom ponašanju (Hankin i Abela, 2011; Tatnell i sur., 2013; Rezo Bagarić i sur., 2023). Rezultati ovog istraživanja su također pokazali da postoje značajne pozitivne korelacije između svih dimenzija poteškoća u obiteljskom funkcioniranju (komunikacija, afektivna reakcija i ukupno funkcioniranje obitelji) i učestalosti autoagresivnog ponašanja. Dok su se korelacije između autoagresivnog ponašanja i obiteljske komunikacije, kao i afektivne reakcije pokazale umjerenima, korelacija s ukupnim obiteljskim funkcioniranjem se pokazala visokom. S obzirom na to da se i spol pokazao značajno povezanim s učestalošću autoagresivnog ponašanja, tj. rezultati su pokazali da djevojčice pokazuju veću sklonost autoagresivnom ponašanju od dječaka, u regresijskom modelu on je držan pod statističkom kontrolom na način da je uvršten u prvi korak hijerarhijske regresijske analize. Na taj način, kada su u drugom koraku uključeni faktori obiteljskog funkcioniranja, iz njihovog doprinosa varijanci učestalosti autoagresivnog ponašanja je isključen efekt samog spola. Kombinacija faktora, sastavljena od obiteljske komunikacije, obiteljske afektivne reakcije i ukupnog obiteljskog funkcioniranja se i nakon toga pokazala značajnom u objašnjenju varijance autoagresivnog ponašanja. Iako taj doprinos nije bio visok, dobiveni rezultati svakako ukazuju da obiteljsko funkcioniranje igra značajnu ulogu u sklonosti autoagresivnom ponašanju kod djece i adolescenata. Pritom je, od tri spomenuta faktora, najvažniju ulogu imalo ukupno



obiteljsko funkcioniranje, dok se komunikacija i afektivna reakcija nisu pokazale značajnim individualnim prediktorima u ovom modelu. Važno je napomenuti da njihova neznačajnost u ovako kreiranom modelu ne znači da one nemaju ulogu u objašnjenju sklonosti autoagresivnom ponašanju, već da se, vjerojatno zbog interkorelacija s ukupnim obiteljskim funkcioniranjem gubi njihov individualni doprinos, ali one i dalje doprinose cijelom modelu te je uputno gledati model u cjelini radije nego kroz prizmu individualnih prediktorskih varijabli.

Rezultati ovog istraživanja su potvrdili da djeca i adolescenti čije obitelji imaju, prvenstveno, slabije ukupno funkcioniranje, a zatim i lošiju komunikaciju i afektivnu reakciju među svojim članovima, pokazuju veću sklonost autoagresivnom ponašanju. Ovakvi nalazi su u skladu s ranijim istraživanjima. Hankin i Abela (2011) identificiraju disfunkcionalne obiteljske odnose kao rizičan čimbenik za nesuicidalno samoozljeđivanje, dok Tatnell i sur. (2013) navode da manjak podrške od strane obitelji može imati značajan efekt na pojavu autoagresivnog ponašanja kod djece.

Ranija istraživanja su kao značajne također navodila nisku razinu kohezivnosti, više razine negativnog afektiviteta u obiteljima adolescenata s NSSO (Crowell i sur., 2008; Gratz i Chapman, 2007), uz doživljaj manje komunikacije, manje povjerenja, te više otuđenosti adolescenata u odnosu sa roditeljima (Hilt i sur., 2008). Negativna percepcija obiteljskih odnosa, nisko roditeljsko prihvaćanje, visoko roditeljsko odbijanje povezano je sa suicidalnim idejama kod adolescenata i mladih odraslih osoba (Steinhausen i Winkler Metzke, 2004).

Janssens i sur. (2023) su proveli istraživanje na 1913 belgijskih adolescenata. Cilj im je bio vidjeti postoji li veza između nesigurne privrženosti prema roditeljima i vršnjacima i sklonosti autoagresivnim mislima i ponašanjima. Njihovi rezultati su potvrdili da adolescenti koji imaju nesigurniju privrženost s roditeljima, češće imaju i autoagresivne misli i ponašanja. Istovremeno, privrženost prema vršnjacima nije igrala ulogu u sklonosti autoagresivnom ponašanju. Možemo navesti da je privrženost unutar obitelji, kao primarne jedinice socijalne podrške za djecu i adolescente ta koja ima efekt na sklonost autoagresivnom ponašanju kod adolescenata.

Iako prethodno opisano istraživanje nije pronašlo vezu između privrženosti prema vršnjacima i autoagresivnog ponašanja, općenito se pokazalo da je percipirana socijalna podrška zaštitni čimbenik protiv NSSO-a, a funkcionalna obitelj je ta koja uobičajeno predstavlja osnovnu mrežu socijalne podrške. Rezultati istraživanja He i sur. (2023) pokazali

su da viša razina percipirane socijalne podrške štiti od NSSO-a. Prema njima, ženski spol, obitelji s jednim roditeljem, iskustvo napuštanja, depresije i zlostavljanja predstavljaju rizične čimbenike za NSSO, dok je dobra mreža socijalne podrške zaštitni čimbenik. I drugi autori potvrđuju da je visoka razina socijalne podrške ključna za bolje mentalno i emocionalno zdravlje (Hankin i Abela, 2011). Muehlenkam i sur. (2012b) navode da je nedostatak socijalne podrške povezan s održavanjem i težinom NSSO-a, dok percipirana prisutnost podrške olakšava prestanak NSSO-a (Rotolone i Martin, 2012). Navedeno nas usmjerava na potrebu tretmanskih intervencija koje uz poboljšanje emocionalne regulacije trebaju jačati interpersonalne veze (Muehlenkamp i sur., 2012b).

Za djecu s jednim roditeljem također postoji veća vjerojatnost da će biti sklona NSSO. Istraživanje koje je obuhvatilo 59.096 adolescenata pokazalo je da je obiteljska struktura bitan čimbenik koji utječe na mentalno zdravlje adolescenata. Adolescenti koji doživljavaju promjenu u obiteljskoj strukturi rizičniji su za razvoj poteškoća mentalnog zdravlja, u usporedbi s adolescentima iz nepromijenjenih obitelji (Park i Lee, 2018).

Hrvatski autori se također ne razlikuju u svojim nalazima od istraživanja u drugim državama kada se ispituje veza između funkcioniranja obitelji i sklonosti autoagresivnom ponašanju. Tripković i sur. (2013) pronalaze da neki čimbenici koji mogu ugroziti adekvatno funkcioniranje obitelji, poput razdvojenosti roditelja, psihičke bolesti oca ili majke te alkoholizma oca, imaju značajnu ulogu u tome hoće li se dijete uključivati u autoagresivna ponašanja. Njihovi rezultati pokazuju da su tjelesno kažnjavanje od strane roditelja i niska obiteljska kohezija povezani s većom sklonošću autoagresivnog ponašanja adolescenata. Rezo Bagarić i sur. (2023) pronalaze da su se manje izražavanje topline i više odbijanja od strane roditelja pokazali kao značajni čimbenici samoozljeđivanja i suicidalnih misli, dok je izostanak strukture i vođenja od strane roditelja povezan s većom suicidalnošću kod mladih. Autorice dobiveni nalaz objašnjavaju Joinerovom Interpersonalnom teorijom suicidalnog ponašanja (Joiner, 2005, prema Rezo Bagarić i sur., 2023), a prema kojoj je osjećaj nepripadanja nikome jedan od glavnih rizičnih čimbenika za pokušaj i počinjenje suicida. Sičić i Mužinić (2008) navode se da je kod 19% sudionika njihovog istraživanja zabilježeno nasilje u obitelji, a u 31% slučajeva u njihovom uzorku postoji ovisnost u obitelji. Također, velik broj sudionika sklonih autoagresivnom ponašanju u njihovom istraživanju je bilo izloženo nekom obliku zlostavljanja. Tomac (2015) pronalazi da je kod roditelja sudionica koje se samoozljeđuju prisutna smanjena razina brižnosti oba roditelja, ali i da je pretjerano zaštićivanje od strane majke značajan

prediktor pojave autoagresivnog ponašanja. Njegovo istraživanje potvrđuje da samoozljeđivanje ima ulogu negativnog potkrepljenja za adolescenta, odnosno da se njime postiže izbjegavanje različitih negativnih osjećaja vezanih za okruženje.

Wolff i sur. (2013) objašnjavaju da su osobe koje su sklonije samoozljeđivanju, istovremeno i manje povezane sa svojom bliskom socijalnom okolinom, imaju manju podršku okoline i rjeđe traže savjete od drugih ljudi. Prema FF modelu (Nock i Prinstein, 2004), samoozljeđivanje može donijeti pozitivna potkrepljenja iz socijalnog okruženja djeci i adolescentima. Ta potkrepljenja uobičajeno dolaze u obliku socijalne podrške i pažnje (Nock, 2010). Nije neobično da će upravo djeca i adolescenti s lošijim obiteljskim funkcioniranjem, manje komunikacije i afektivne reakcije u obitelji, biti sklonija autoagresivnom ponašanju koje može donijeti djetetu ono što mu u obitelji nedostaje (pažnja okoline, suport okoline). Prema istom modelu, nisu samo pozitivna potkrepljenja pozitivne posljedice koje dijete može dobiti zbog samoozljeđivanja. Tako su, primjerice, u obiteljima sa slabijim ukupnim funkcioniranjem, moguće učestale svađe i komunikacijski problemi, koje upravo čin samoozljeđivanja kod djeteta može prekinuti i time ponuditi i negativno potkrepljenje. Ovi mehanizmi, također, mogu biti u pozadini rezultata dobivenih i ovim istraživanjem.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na potrebu praćenja funkcioniranja obitelji adolescenata s autoagresivnim ponašanjem s ciljem planiranja i provođenja intervencija usmjerenih djetetu ali i obitelji kao cjelini. Isto tako, ukazuju i na važnost ulaganja u preventivne obiteljske programe za opću populaciju, posebno u ranom djetinjstvu i školskoj dobi jer se tako može djelovati i na mehanizme vezane uz nastanak autoagresivnog ponašanja.

### **5.3. Doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata sa i bez autoagresivnog ponašanja**

Treći problem u okviru ovog istraživanja bio je ustanoviti kako stupanj razvoja identiteta kod adolescenata doprinosi pojavi autoagresivnog ponašanja. Usprkos malom broju istraživanja na ovu temu, neka istraživanja (Claes i sur., 2014; Luyckx i sur., 2015) ipak ukazuju na usku vezu razvoja identiteta i sklonosti autoagresivnom ponašanju. Kada govorimo o stupnju razvoja identiteta u ovom istraživanju, korištena je skala AIDA, odnosno njezine dvije dimenzije: Diskontinuitet i Inkoherencija identiteta. Inicijalno su i diskontinuitet i

inkoherencija pokazale značajnu, visoku i pozitivnu povezanost s učestalosti autoagresivnog ponašanja. U regresijskoj analizi (također uz kontrolu efekta spola), njihovo dodavanje u model je značajno i visoko podiglo stupanj objašnjene varijance autoagresivnog ponašanja što govori da razvoj identiteta, odnosno, u ovom slučaju, njegov diskontinuitet i inkoherencija igraju važnu ulogu u objašnjenju sklonosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata. Sukladno očekivanjima, više razine diskontinuiteta i inkoherencije identiteta su povezane i sa višom sklonošću autoagresivnom ponašanju. U regresijskoj analizi, samo se diskontinuitet pokazao značajnim individualnim prediktorom, no razlog tome može biti, kao i u slučaju obiteljskog funkcioniranja, visoka interkorelacija s inkohrencijom. Ipak, i ovdje je potvrđena uloga razvoja identiteta u sklonosti autoagresivnom ponašanju kod djece i adolescenata.

Kada se nalazi ovog istraživanja usporede s malim brojem domaćih studija o vezi autoagresivnog ponašanja i identiteta, može se primijetiti sličan trend. Ercegović i sur. (2018) su, u ranijem istraživanju veze između identiteta i nesuicidalnog samoozljeđivanja kod hrvatskih adolescenata, pokazali da adolescenti koji imaju povijest samoozljeđivanja, također postižu i više rezultate na ispitivanim dimenzijama diskontinuiteta i inkoherencije identiteta. Ovakva dobivena veza razvoja identiteta i autoagresivnog ponašanja, potvrđena je i u nekim stranim istraživanjima (Claes i sur., 2014; Luyckx i sur., 2015) te se na uzorku adolescenata koji pohađaju srednju školu redovito navodi pozitivna povezanost između konfuzije identiteta i NSSO te negativna povezanost između sinteze identiteta i NSSO (Claes i sur., 2014; Luyckx i sur., 2015). Toukhy i sur. (2022) pronalaze više konflikata u identitetu kod adolescenata koji se samoozlijeđuju. Takvi su rezultati sukladni rezultatima dobivenima u ovom istraživanju te potvrđuju da je neintegrirani identitet usko vezan uz pojavu autoagresivnog ponašanja kod adolescenata.

Iako istraživanja potvrđuju vezu između nedostatnog razvoja identiteta i autoagresivnog ponašanja, relativno mali broj radova ulazi u dublje objašnjenje ove veze. Kako bismo mogli razumjeti na čemu ona počiva, važno je inicijalno razumjeti što je identitet i koju važnost ima u razvoju zdrave ličnosti.

Ercegović i sur. (2018, str. 459) navode da je, prema DSM 5, identitet definiran kao „iskustvo sebe kao jedinstvenog, s jasnim granicama između selfa i drugih, stabilnog samopoštovanja i točnosti procjene sebe, s kapacitetom za reguliranje cijelog raspona emocionalnih stanja“ te da je jedan od važnijih čimbenika funkcioniranja cjelokupne ličnosti.

Formiranje stabilnog i cjelovitog identiteta se ponajviše odvija tijekom adolescencije. Identitet se uobičajeno promatra kao kontinuum, što potvrđuju i mjere identiteta korištene u ovom istraživanju. One ukazuju na takav kontinuum na čijem je jednom polu cjelovit identitet, a drugom difuzija identiteta. Integriranost, odnosno difuznost identiteta je razdijeljena na nekoliko specifičnijih faktora, poput koherencije nasuprot inkoherenciji i kontinuiteta nasuprot diskontinuitetu identiteta. Pritom koherencija označava jasnoću definicije selfa, a kontinuitet stabilnost emocionalnog doživljaja selfa kroz vrijeme te se očituje u uspostavljanju dugoročnih odnosa i životnih uloga, planiranje i ostvarivanje ciljeva (Goth i sur., 2012b). Već razmatranjem ovih čimbenika može se uočiti ulogu koju identitet može igrati u funkcioniranju ličnosti djeteta ili adolescenta. Naime, i inkoherentan i diskontinuiran identitet, odražavaju se na brojne psihološke funkcije pojedinca. Tako difuzni identitet može biti uzrokovan, ali i stvarati, tj. produbljivati probleme poput nestabilnih odnosa, slabije komunikacije s obitelji i vršnjacima, nestabilnih ciljeva, planova i interesa i sl. Zbog svega navedenog, difuzni identitet kod adolescenata nerijetko rezultira i diskontinuiranim i nestabilnim životnim ulogama, koje pak produbljuju sve navedene probleme, čime se zatvara krug rizika za potencijalne patologije. Ovakvi problemi, osobito ako se s njima suočavaju djeca i adolescenti mogu imati posljedice na razvoj ličnosti i generalnu psihičku dobrobit pojedinaca. Ferrara i sur. (2012) pronalaze da su upravo funkcioniranje ličnosti, tj. crte koje upućuju na neke poremećaje ličnosti (poput graničnog poremećaja ličnosti), a koje su usko povezane s difuznim i nestabilnim identitetom, istovremeno i usko povezane sa sklonošću autoagresivnom ponašanju.

U ovom istraživanju se pokazalo da diskontinuitet identiteta igra nešto veću ulogu od inkoherencije u predviđanju autoagresivnog ponašanja. Razlog može ležati u dobi sudionika, u kojoj je možda važniji aspekt psihičke dobrobiti postojani kontinuitet identiteta. U adolescenciji su važni stabilni odnosi, kako s obitelji, tako i s vršnjacima te dosljedni ciljevi i životne uloge jer oni mogu predstavljati temelj za izgradnju integriranog identiteta, a tako i zdrave ličnosti u kasnijoj dobi. Difuzija identiteta, osobito izražena kroz njegov diskontinuitet, može biti temelj za razvoj patologije ličnosti koja rezultira brojnim disfunkcionalnim ponašanjima pa tako i autoagresivnim ponašanjem. Breen i sur. (2013) proveli su kvalitativno istraživanje s adolescentima koji su skloni nesuicidalnom samoozljeđivanju te ustanovili da samoozljeđivanje može imati više različitih funkcija. Neke od njih uključuju upravljanje negativnim emocijama vezanim uz negativan self-koncept, koji je direktno vezan uz difuziju identiteta. Međutim, neke od funkcija uključuju i pomoć pri postizanju osjećaja koherentnog

selfa i grupnog identiteta. Tomac (2015) pronalazi da samoozljeđujuće ponašanje, prvenstveno kod mladića, ima više pozitivnu interpersonalnu funkciju tj. da mladići učestalije koriste samoozljeđujuće ponašanje u kontekstu identitetne (u isto vrijeme biti dio grupe i imati jasne granice vlastitog psihičkog i tjelesnog prostora) i identifikacijske funkcije (biti sličan određenoj grupi vršnjaka koju se doživljava kao blisku).

Young i sur. (2014), su u svom istraživanju razvrstali adolescente u nekoliko socijalnih subgrupa prema njihovim sklonostima i vršnjačkim vezama. Te grupe su uključivale kategorije poput „sportaša“, „alternativaca“, „štreberi“ i sl. Njihovi rezultati su potvrdili da se adolescenti, koji se poistovjećuju sa specifičnim subgrupama (npr. „alternativna“ grupa), češće samoozljeđuju, opetovano samoozljeđuju te je veća vjerojatnost za suicidalni pokušaj od adolescenata koji se identificiraju s drugim vršnjačkim skupinama, takozvanim ne-alternativcima (npr. „sportaši“). Više „alternativaca“ se namjerno samoozljeđivalo u svrhu reguliranja emocija, a manje njih „kako bi se osjećali dijelom grupe“, tj u svrhu jačanja identiteta (biti dio grupe). Nesuicidalno smoozljeđivanje, osim što može biti sredstvo za nošenje s negativnim emocijama, također može kod nekih adolescenata imati funkciju izgradnje i integracije difuznog identiteta, te povezanost identiteta i NSSO može biti dvosmjerna. Već je navođeno kako NSSO može biti način identificiranja i definiranja samog sebe (na primjer, identificiranje sebe kao „samoozljeđivača“) (Nock, 2009), što rezultira jasnijim, konzistentnijim doživljajem samog sebe (Lear i Pepper, 2016). Slične rezultate, koji ukazuju na procese formiranja identiteta i NSSO, dobili su i neki drugi autori (npr. Claes i sur., 2014, 2014 ; Gandhi i sur., 2017; Luyckx i sur., 2015).

#### **5.4. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja**

Četvrti istraživački problem bio je ispitati medijacijski efekt emocionalne regulacije u odnosu obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja, te u odnosu razvoja identiteta i autoagresivnog ponašanja. Kako bi se potvrdilo postojanje medijacije, važno je da je medijacijska varijabla povezana istovremeno i s kriterijskom i prediktorskom varijablom. Medijacijska varijabla predstavlja posredničku varijablu između prediktorske i kriterijske

varijable te je neophodno da bude povezana s obje kako bi se potvrdila njena medijacijska uloga (MacKinnon i sur., 2007).

U prvom dijelu problema, emocionalna regulacija se testirala kao medijator veze između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja, pa je, u skladu s time, testirana njezina povezanost s obje varijable. Kao i u ranijim analizama, spol sudionika je držan pod kontrolom zbog veće učestalosti autoagresivnog ponašanja kod djevojčica. Prvi nalaz u ovoj analizi od više koraka, je da ukupno obiteljsko funkcioniranje značajno predviđa emocionalnu regulaciju kod adolescenata. Samo spol i obiteljsko funkcioniranje objasnili su skoro četvrtinu varijance emocionalne regulacije. To ukazuje na činjenicu da obiteljski odnosi imaju veliku ulogu u sposobnosti adolescenata da prate, vrednuju i modificiraju svoje emocije te njihovo trajanje. Ranije smo naveli da se obiteljski procesi smatraju važnim mehanizmom u razvoju djetetove emocionalne regulacije, što je ovim nalazom i potvrđeno. Macuka (2012) objašnjava da najbliža socijalna okolina određuje način na koji će dijete izražavati, doživljavati i regulirati vlastite emocije, a Morris i sur. (2007) razvijaju Trostruki model utjecaja obitelji na djetetovu emocionalnu regulaciju. Nalaz koji nam ukazuje na to da obiteljsko funkcioniranje ima direktnu i razmjerno snažnu prediktivnu moć na emocionalnu regulaciju djeteta, su očekivani.

U sljedećem koraku testiranja medijacije također se potvrdilo da je emocionalna regulacija značajan parcijalan medijator veze između obiteljskog funkcioniranja i sklonosti autoagresivnom ponašanju. Ova dva čimbenika, uz spol, objašnjavaju više od pola varijance pojave autoagresivnog ponašanja. U medijacijskoj analizi parcijalan medijator označava varijablu koja ima medijacijski efekt između prediktorske i kriterijske varijable, ali taj efekt nije potpun, odnosno i sama prediktorska varijabla, neovisno o medijatoru ima direktan efekt na kriterijsku (Rucker i sur., 2011). U našem istraživanju, iako ukupno obiteljsko funkcioniranje ima efekt na sklonost autoagresivnom ponašanju putem emocionalne regulacije, ono ima i direktan efekt na autoagresivno ponašanje. Drugim riječima, lošije ukupno obiteljsko funkcioniranje je povezano sa slabijom emocionalnom regulacijom, što je pak povezano s većom sklonošću autoagresivnom ponašanju, ali je i samo lošije obiteljsko funkcioniranje direktno povezano sa sklonošću autoagresivnom ponašanju.

Slične rezultate provedenom istraživanju dobili su i Kelada i sur. (2018). Oni su na uzorku od 272 adolescenta u dobi od 12 do 18 godina istražili efekte obiteljskog funkcioniranja i emocionalne regulacije na nesuicidalno samoozljeđivanje. Rezultati njihovog istraživanja su

pokazali da oboje, i obiteljsko funkcioniranje i emocionalna samoregulacija imaju značajan efekt na sklonost samoozljeđivanju. Pritom su bolje obiteljsko funkcioniranje i efikasnije strategije emocionalne regulacije bile povezane s bržim oporavkom adolescenata, dok su lošije obiteljsko funkcioniranje i maladaptivne strategije emocionalne regulacije bile u vezi sa sporijim oporavkom. Aspekti emocionalne regulacije koji su se pokazali osobito važnima su bili sklonost samookrivljanju i loše vještine planiranja. Ta dva aspekta emocionalne regulacije su se također pokazala značajnim medijatorom veze između obiteljskog funkcioniranja i sklonosti samoozljeđivanju.

U Hrvatskoj su Macuka i sur. (2012) provele slično istraživanje na uzorku od 261 učenika sedmih i osmih razreda osnovne škole kojim su ispitali posredujuću ulogu emocionalne regulacije na vezu između ponašanja njihovih roditelja i prilagodbe samih adolescenata. Rezultati su pokazali da emocionalna regulacija djeluje kao potpuni medijator između internaliziranih problema i dječje percepcije prihvaćanja od strane majke te odbacivanja i kontrole očeva. Istovremeno se pokazalo da emocionalna regulacija djelomično moderira vezu između prilagodbe i prihvaćanja od strane oca. Emocionalna regulacija se pokazala važnim posrednikom u vezi percepcije roditeljskog prihvaćanja, odbijanja i kontrole s općom prilagodbom adolescenata.

Drugi autori su istraživali direktnu vezu između emocionalne samoregulacije i NSSO. Metanaliza Wolff i sur. (2019), je pokazala da veća emocionalna disregulacija predstavlja veći rizik za autoagresivno ponašanje i to neovisno o spolu ili dobi adolescenata. Subskale emocionalne disregulacije koje su pokazale jaku povezanost sa NSSO su poteškoće kontrole impulsa, poteškoće s ciljno usmjerenim ponašanjem, ograničen pristup strategijama regulacije, neprihvatanje emocionalnog odgovora, dok su kognitivni aspekti i svijest o emocijama pokazivali slabiju ali nadalje značajnu pozitivnu povezanost sa NSSO (Wolff i sur., 2019).

U Hrvatskoj su Rezo Bagarić i sur. (2023) pronašli da su nekonstruktivni načini suočavanja sa stresnim situacijama uključivali: ruminaciju, izbjegavanje, rezignaciju i agresiju, a te strategije suočavanja su se pokazale značajnima u predviđanju samoozljeđivanja i suicidalnih misli. Navedeni rezultati su u skladu s nalazom ovog istraživanja jer ukazuju na visoke povezanosti poteškoća emocionalne regulacije i NSSO-a.

U cilju boljeg razumjevanja čimbenika i funkcija NSSO-a kod mladih, Thomas i Bonnaire (2023) proveli su kvalitativno istraživanje koje je pokazalo da NSSO ima višestruku



funkciju. Istraživanje je uključivalo 12 mladih odraslih ljudi (prosječna dob 22,7 godina). Rezultati su pokazali da je jedna od najvažnijih funkcija NSSO-a bila upravo emocionalna samoregulacija. Oni su identificirali da mladi, između ostalog, koriste NSSO kako bi: prestali misliti na nešto o čemu ne žele razmišljati, kako bi vratili emocionalnu kontrolu, kako bi eksternalizirali unutarnje neugodne emocije, kako bi se distancirali od drugih problema, kako bi se oslobodili emocionalnog distresa (a ne znaju drugačije načine postizanja) te kako bi osjetili olakšanje od emocija. Odnosno, NSSO predstavlja strategiju emocionalne samoregulacije kod mladih ljudi, u brojnim i različitim situacijama. Ovakav nalaz ukazuje na to da bi učenje funkcionalnijih oblika emocionalne samoregulacije moglo imati značajne efekte na smanjenje NSSO.

Morrisov (2007) Trostruki model utjecaja obitelji na emocionalnu regulaciju započinje generalnim funkcioniranjem u obitelji, odnosno, onime što dijete uči modeliranjem, samom emocionalnom klimom u obitelji ali i kroz prakse koje roditelji primjenjuju kako bi dijete podučili reguliranju vlastitih emocija. Ova tri čimbenika zajednički formiraju kvalitetu regulacije djeteta, a ta regulacija emocija određuje djetetovu prilagodbu okolini u kojoj živi. Ranije je navedeno da autoagresivno ponašanje predstavlja disfunkcionalno te neprilagođeno ponašanje i nerijetko se koristi kao sredstvo regulacije neugodnih emocija. Stoga je moguće da će neka djeca, u odsustvu bolje strategije emocionalne regulacije, koja ima djelomične izvore u obiteljskom funkcioniranju, ponekad koristiti ovakav način emocionalne regulacije. Kako je obiteljsko funkcioniranje ključno u razvoju adekvatnih strategija emocionalne regulacije, očekivano je što se ovim istraživanjem pokazalo da je lošije ukupno obiteljsko funkcioniranje povezano sa slabijom emocionalnom regulacijom.

Brojni autori (Brown i sur., 2002, Gratz, 2003; Klonsky, 2007; Thomas i Bonnaire, 2023; Wolff i sur., 2019) navode i potvrđuju da je namjerno samoozljeđivanje maladaptivna strategija emocionalne samoregulacije. Nixon i sur.(2002) objašnjavaju da se ono često koristi kako bi reguliralo tj. ublažilo osjećaje poput boli, ljutnje, napetosti, tuge i sl. Kranzler i sur. (2016) potvrđuju da samoozljeđivanju često prethode negativne emocije, a sam čin samoozljeđivanja smanjuje takve emocije.

Neki autori objašnjavaju da disregulacija emocija može biti posljedica nedostatka učinkovitih vještina upravljanja emocijama (Andover i Morris, 2014; Harris i sur., 2018). Kada se suoče s poteškoćama u reguliranju emocija, uobičajeni mehanizmi suočavanja kod osoba

sklonih NSSO-u možda neće biti dovoljni za reguliranje emocija kako bi se smanjio utjecaj neugodnih emocija. Zbog toga dolazi do NSSO koje može biti dovoljno snažno ponašanje da služi kao mehanizam suočavanja, iako neprikladan (Klonsky, 2007), ali se NSSO može smatrati rješenjem za smanjenje uznemirenosti (Zetterqvist i sur., 2013).

Funkcija NSSO da se njime reguliraju emocije objašnjava i sklonost njegovom ponavljanju i relativnoj vremenskoj stabilnosti. Na primjer, osobe s depresijom redovito koriste NSSO kao oblik regulacije neugodnih emocija poput lošeg raspoloženja, ljutnje i napetosti (Marshall i sur., 2013). Kliničke studije su pokazale da pacijenti s teškim NSSO-m često imaju i više depresivnih simptoma, kao što su nedostatak zadovoljstva, negativna samoevaluacija i suicidalne ideje (He i sur., 2023, Marshall i sur., 2013) što potvrđuje ovu pretpostavku da NSSO, kod nekih osoba postaje redovita strategija nošenja s neugodnim stanjima. Osim takve vrste dokaza, funkciju regulacije neugodnih simptoma pomoću NSSO nastoji se i biološki objasniti: neka su istraživanja otkrila da su razine endorfina u cerebrospinalnoj tekućini niže kod pacijenata koji se samoozljeđuju (Chapman i sur., 2006), a NSSO može pospješiti otpuštanje endogenih opioidnih peptida što, ne samo da ublažava osjećaj boli uzrokovan NSSO-em, nego i povećava zadovoljstvo i euforiju te ublažava depresiju. Ovi mehanizmi objašnjavaju na koji način dolazi do emocionalne regulacije kod osoba sklonih samoozljeđivanju, a može objasniti i sklonost ponavljanju NSSO-a kod depresivnih osoba (Stanley i sur., 2010). U istraživanju koje je uključivalo 106 adolescenata s poviješću NSSO, Gordon i sur. (2010) otkrili su da su se adolescenti koji se vrlo često samoozljeđuju osjećali smirenije i opuštenije.

Na osnovu dosadašnjih saznanja o autoagresivnom ponašanju i njegovim korelatima možemo pretpostaviti da osim što lošije obiteljsko funkcioniranje rezultira manje funkcionalnim strategijama emocionalne regulacije, ono istovremeno izaziva i učestale negativne emocije kod djece i adolescenata. Može se uočiti da spoj maladaptivnih strategija regulacije i česte izloženosti negativnom afektu može dovesti do veće sklonosti autoagresivnom ponašanju.

Rezultati istraživanja Coppersmitha i suradnika (2021) u kojem se istraživalo različite funkcije NSSO pokazali su također da je automatsko negativno potkrepljenje najčešća funkcija NSSO-a što je u skladu s nalazim drugih istraživanja (Bentley i sur., 2014; P. J. Taylor i sur., 2018). S obzirom na to da je emocionalna regulacija neugodnog afekta prisutna u većini epizoda NSSO-a, kao što se pokazalo u ovom istraživanju visokom povezanošću emocionalne

regulacije i samoozljeđivanja, može se istaknuti kako je od ključne važnosti podučavati djecu konstruktivnim strategijama emocionalne regulacije. To bi predstavljalo glavnu intervenciju za smanjenje NSSO-a.

Gledano iz perspektive liječenja, ako ustanovimo funkciju NSSO-a kod adolescenta, moći ćemo adolescentu tijekom tretmana ili liječenja omogućiti intervencije za usvajanje niza vještina i strategija za adaptivnije načine rješavanja stresa, negativnih emocija i problema čime se može smanjiti pojavnost NSSO. Ukoliko adolescent ima poteškoće u socijalnim odnosima koristit će mu, uz vještine samoregulacije emocija i uvježbavanje socijalnih vještina, te metaanalize navode da je dijalektička bihevioralna terapija za adolescente (eng. *Dialectical Behavior Therapy for Adolescents*, DBT-A) učinkovita u smanjenju NSSO-a i suicidalnih ideja (Kothgassner i sur., 2021).

## **5.5. Medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata**

U drugom dijelu četvrtog problema, testiran je medijatorski efekt emocionalne regulacije na vezu između razvoja identiteta i sklonosti autoagresivnom ponašanju adolescenata. Kao i u svim dosadašnjim analizama, pod kontrolom se držao spol sudionika. Inicijalno se testirao relativni doprinos diskontinuiteta identiteta na emocionalnu regulaciju. Diskontinuitet je odabran zbog njegovog značajnog individualnog efekta na autoagresivno ponašanje, koji je dokazan u drugom problemu. Rezultati su pokazali visok relativni doprinos diskontinuiteta identiteta na emocionalnu regulaciju sudionika. Diskontinuitet identiteta je, samo sa spolom sudionika objasnio gotovo dvije trećine varijance emocionalne regulacije što ukazuje na snažnu vezu između ova dva konstrukta. Nalazi iz nekih ranijih istraživanja potvrđuju da postoji jaka povezanost između difuznog identiteta i slabe emocionalne regulacije (Gagnon i sur., 2016; Neacsiu i sur., 2014). Ova istraživanja su prvenstveno bila orijentirana na osobine unutar graničnog poremećaja ličnosti za kojeg je uobičajena prisutnost maladaptivnih strategija emocionalne regulacije kao i difuzije identiteta. Gagnon i sur. (2016) navode da difuzija identiteta ima visok individualni doprinos impulzivnosti koja se javlja kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti. Neacsiu i sur. (2014) proveli su istraživanje na 127 sudionika koji su ispunjavali upitnike poremećaja identiteta, emocionalne disregulacije, depresije i

anksioznosti. Također su uključili sudionike sa i bez graničnog poremećaja ličnosti. Njihovi rezultati su pokazali da je emocionalna disregulacija značajan prediktor poremećaja identiteta, čak i kad se pod kontrolom drži dijagnoza sudionika, bilo da je u pitanju granični poremećaj ličnosti, depresija ili anksioznost. Iako su ovi autori pretežno istraživali doprinose emocionalne regulacije na koherentnost identiteta (dok je u našem istraživanju obratno), rezultati njihovih i našeg istraživanja ukazuju da je veza između ova dva konstrukta snažna i postojana.

U drugom koraku analize istraživana je medijacijski efekt emocionalne regulacije na vezu između diskontinuiteta identiteta i sklonosti autoagresivnom ponašanju. Rezultati su pokazali blagi porast objašnjene varijance sklonosti autoagresivnom ponašanju kad se u model dodala emocionalna regulacija, a diskontinuitet identiteta je postao nešto slabiji, ali i dalje značajan individualni prediktor nakon njezinog uvođenja. Ovakvi rezultati ukazuju na to da je emocionalna regulacija značajan, ali parcijalan medijator veze između diskontinuiteta identiteta i sklonosti autoagresivnom ponašanju. Drugim riječima, diskontinuiran identitet ima izravan i neizravan efekt na povećanu sklonost autoagresivnom ponašanju, a neizravan efekt se ostvaruje putem maladaptivne emocionalne regulacije. Budući da su i ranije opisana istraživanja potvrdila da postoji dosljedna povezanost između poremećaja identiteta i emocionalne regulacije ovakvi rezultati, koji potvrđuju važnost oba konstrukta u sklonosti autoagresivnom ponašanju, su sukladna očekivanjima. Iako je u literaturi teško pronaći istraživanja koja su ispitivala ovu vezu na jednak način, postoje istraživanja koja su dovodila u vezu emocionalnu regulaciju, identitet i autoagresivno ponašanje. Lear i Pepper (2016) su istraživali odnos između jasnoće self-koncepta (kao indeksa stabilnosti identiteta), disregulacije emocija i nesuicidalnog samoozljeđivanja. Istraživanje je provedeno na 147 studenata. Oni su, međutim, postavili jasnoću self-koncepta u poziciju medijatora veze između emocionalne regulacije i samoozljeđivanja te su dobili rezultate koji ukazuju na njegovu potpunu medijaciju. Obzirom na rezultate ovog i ranijih istraživanja, čini se da, neovisno o tome kako se postavi model, koherentnost identiteta, emocionalna regulacija i sklonost autoagresivnom ponašanju pokazuju značajne i kompleksne povezanosti. Gandhi i sur. (2019), su, s druge strane istraživali medijacijski efekt identiteta na vezu između privrženosti prema majci i pojave NSSO te pokazali da identitet ostvaruje značajnu medijacijsku ulogu između privrženosti i sklonosti samoozljeđivanju. Raemen i sur. (2021) su istraživali vezu između traume odnosno traumatskog iskustva i samoozljeđujućeg ponašanja (uključujući poremećaje u prehrani ali i suicidalne misli i ponašanja) te važnost medijacijske uloge identiteta. Traumatska iskustva

igraju važnu ulogu u uključivanju u samoozljeđujuća ponašanja, pri čemu samoozljeđujuća ponašanja predstavljaju bijeg od preplavljujućih negativnih osjećaja povezanih s traumom, a kada su nedostupne adaptivne strategije suočavanja (Raemen i sur., 2021). Vartanian i sur. (2018) navode važnost utjecaja ranih negativnih životnih događaja na razvoj i formiranje identiteta, pri čemu traumatska iskustva mogu voditi različitim promjenama u razvoju identiteta (kašnjenje u razvoju identiteta, gubitak identiteta i sl.) (Waterman, 2020). Mladi koji su izvještavali o više traumatskih iskustava u životu imali su i višu razinu difuzije identiteta, a difuzija identiteta je bila pozitivno povezana s bulimijom, nezadovoljstvo tijelom te suicidalnim mislima i suicidalnim ponašanjem. Pronađena je negativna povezanost između konsolidiranog identiteta sa nezadovoljstvom tijelom i sa suicidalnim mislima i suicidalnim ponašanjem (Raemen i sur., 2021).

Medijacijska uloga identiteta istraživana je na 949 kineskih adolescenata prosječne dobi 13,3 godina te se pokazalo je da je emocionalno zlostavljanje u djetinjstvu pozitivno povezano sa NSSO a veza je bila posredovana konfuzijom identiteta (Gu i sur., 2020). Metaanalize R. T. Liu i suradnika (2018) pokazuje da se djeca koja su bila izložena emocionalnom zlostavljanju u djetinjstvu češće uključuju u NSSO u odnosu na djecu koja nisu imala takva iskustva. Nock (2009) navodi kao primarnu funkciju uključivanja u NSSO oslobađanje od neželjenih, neugodnih emocija; a prema Integrativnom modelu nesuicidalnog samoozljeđivanja iskustvo emocionalnog zlostavljanju u djetinjstvu je distalni čimbenik (Nock, 2009). Iskustvo emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu ometa djetetovu sposobnost reguliranja negativnih emocija (kao što su ljutnja, sram, tuga) te se navedenim negativnim emocijama upravlja pomoću NSSO (Gu i sur., 2020). Ranije studije Briere i Rickards (2007) te Bigras i sur. (2015) navode da je emocionalno zlostavljanje u djetinjstvu pozitivno povezano s razvojem oštećenja u identitetu (Gu i sur., 2020). Iskustvo emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu vodi ka problemima u formiranju identiteta, odnosno konfuziji identiteta što olakšava osobi da se uključi u NSSO (Gu i sur., 2020). Gu i sur. (2020), također su pronašli pozitivnu povezanost NSSO u adolescenciji sa izloženošću emocionalnom zlostavljanju u djetinjstvu, pri čemu neprimjereno obiteljsko emocionalno okruženje može voditi ka povećanoj emocionalnoj reaktivnosti te se NSSO koristi za regulaciju negativnog afekta (Gu i sur., 2020; Nock, 2009; Sim i sur., 2009).

Važno je dodati da se, osim odnosa razvoja identiteta s autoagresivnim ponašanjem, istraživao i odnos razvoja identiteta s obiteljskim odnosima. Istraživanja su potvrdila da je

difuzija identiteta značajno pozitivno povezana s otuđenošću od majke i vršnjaka, a značajno negativno s povjerenjem i komunikacijom s majkom (Gandhi i sur, 2016). Iako u okviru ovog istraživanja nije ispitana eventualna medijacijska uloga obiteljskih odnosa između identiteta i autoagresivnog ponašanja kao niti medijacijska uloga difuzije identiteta između obiteljskih odnosa i autoagresivnog ponašanja, rezultati su ipak pokazali značajne pozitivne korelacije između narušenih obiteljskih odnosa i diskontinuiteta te inkoherencije identiteta. Takvi dobiveni rezultati ukazuju na to da obiteljski odnosi, direktno, a potencijalno i preko razvoja identiteta, igraju važnu ulogu u riziku od autoagresivnog ponašanja adolescenata. To ukazuje i na kompleksnu povezanost u kojoj su identitet i obiteljski odnosi neodvojivi te zajedno čine rizične čimbenike autoagresivnog ponašanja, te da identitet može na više načina biti povezan sa sklonošću autoagresivnom ponašanju: direktno te putem obiteljskih i drugih socijalnih odnosa.

## **5.6. Testiranje strukturalnog modela medijatorskog efekta emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika te identiteta s autoagresivnim ponašanjem adolescenata**

Kako bismo dodatno provjerili direktne i indirektne efekte obiteljskog funkcioniranja, diskontinuiteta identiteta i emocionalne regulacije na sklonost autoagresivnom ponašanju, izradili smo i testirali strukturalni model u kojem su uključeni svi navedeni konstrukti. Strukturalno modeliranje je snažna metoda provjere efekata, koja je bliža realnosti (Hancock, 1997). Dok individualne provjere regresijskim analizama uključuju jedan po jedan konstrukt, strukturalno modeliranje nam pruža mogućnost uključivanja većeg broja varijabli i time nam omogućava da vidimo, kako individualnu ulogu svake uključene varijable, tako i njihov zajednički doprinos u sklonosti autoagresivnom ponašanju. Ovakav pristup sagledavanju podataka je svakako bliži realnosti jer je u svakodnevnom životu teško izolirati pojedine čimbenike i korelate autoagresivnog ponašanja. Primjerenije je, stoga, cjelovito promatranje svih uključenih čimbenika, njihovih međusobnih odnosa, direktnih i indirektnih efekata, a upravo to nam pruža strukturalno modeliranje.

Važno je napomenuti da se svaka regresijska analiza, pa tako i strukturalno modeliranje, koje zapravo počiva na njenim principima promatra kao model. To znači da dodavanje ili

izuzimanje jedne varijable u ili iz modela može promijeniti ukupne rezultate. Do ovakvog efekta dolazi zato jer model uzima u obzir, osim odnosa samih prediktorskih i kriterijskih varijabli i međusobne odnose između prediktorskih i medijacijskih varijabli. Iz tog razloga nije neobično ako neki od rezultata u konačnom strukturalnom modelu budu malo drugačiji od rezultata dobivenih pojedinačnim regresijskim analizama.

U našem slučaju, mjerni model koji uključuje funkcioniranje obitelji, diskontinuitet identiteta, emocionalnu regulaciju i sklonost autoagresivnom ponašanju, pokazao je dobro pristajanje, koje je provjereno inicijalnom konfirmatornom faktorskom analizom. Nadalje, konačni rezultati samog strukturalnog modela pokazali su značajan i visok efekt diskontinuiteta identiteta na emocionalnu regulaciju, uz istovremeno izostanak direktnog efekta obiteljskog funkcioniranja na emocionalnu regulaciju. Ovaj rezultat je malo drugačiji od rezultata dobivenog regresijskom analizom u kojoj se pokazala i značajna veza obiteljskog funkcioniranja i emocionalne regulacije. Uzrok tome leži u visokoj međusobnoj povezanosti između obiteljskog funkcioniranja i diskontinuiteta identiteta koja je uzrokovala izostanak povezanost obiteljskog funkcioniranja i emocionalne regulacije. Istovremeno, u cjelovitom modelu, diskontinuitet identiteta je izgubio direktan efekt na autoagresivno ponašanje te je njegovi cjelokupni efekt posredovan emocionalnom regulacijom. Ovakvi nalazi su razmjerno zanimljivi i ukazuju na to da, kad u istu analizu uključimo sva tri konstrukta, mijenjaju se njihovi odnosi. Uzrok tome leži u kompleksnosti veza između ovih konstrukata. Na temelju takvog nalaza moglo bi se pretpostaviti da diskontinuitet identiteta i funkcioniranje obitelji možda ne treba gledati kao ravnopravne prediktore u ovom modelu, već da bi ispravnije bilo pretpostaviti da je funkcioniranje obitelji prediktor, a diskontinuitet i emocionalna regulacija serijalni medijatori veze između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja. Stoga bi takav model bilo dobro provjeriti u nekom budućem istraživanju.

Završnim testiranjem direktnih i indirektnih efekata potvrdila su se sva tri značajna totalna efekta: efekt funkcioniranja obitelji, diskontinuiteta i emocionalne regulacije na autoagresivno ponašanje. Od direktnih efekata potvrdili su se efekt funkcioniranja obitelji na autoagresivno ponašanje i efekt emocionalne regulacije na autoagresivno ponašanje, dok ne postoji direktni efekt diskontinuiteta identiteta na autoagresivno ponašanje, već se taj efekt u potpunosti ostvaruje indirektno, putem emocionalne regulacije.

## 5.7. Završni osvrt

Izravno autoagresivno ponašanje (uključuje NSSO i suicidalno ponašanje) adolescenata ozbiljan je problem, kojem mogu doprinijeti individualni i okolinski čimbenici kao i njihova međusobna interakcija. NSSO je kompleksan fenomen, koji se učestalo pojavljuje u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima, te se povezuje s rizikom suicidalnog ponašanja. Najčešći komorbidni psihijatrijski poremećaji uključuju depresiju, anksioznost te zlouporabu alkohola (Hawton i sur., 2012), uz važnost naglašavanja jake povezanosti NSSO i depresije (Plener i sur., 2015). Komorbidnost NSSO-a i depresije kod adolescenata može dovesti do težih simptoma depresije kao i duljeg trajanja depresije (Auerbach i sur., 2014). Značajno je naglasiti povezanost između NSSO i suicida: osobe s poviješću NSSO imaju veću vjerojatnost da će dovršiti suicid (Cooper i sur., 2005), dok korištenje više metoda NSSO povećava rizik od suicidalnog ponašanja (Nock i sur., 2006). Subjektivna bol tijekom NSSO, učestalost NSSO i broj metoda NSSO pozitivno su povezani sa suicidalnim pokušajima (Ammerman i sur., 2016).

Sve navedeno ukazuje na potrebu usmjeravanja pomoći prema adolescentima s poteškoćama mentalnog zdravlja, posebice onima koji se uključuju u autoagresivna ponašanja. Velik broj djece sklone NSSO-u ne dobiva odgovarajuću pomoć, što povećava rizik od pokušaja samoubojstva i pogoršava probleme mentalnog zdravlja (Fan i sur., 2021).

Općenito, kada sagledamo ovo cjelokupno doktorsko istraživanje i sve testirane čimbenike zajedno, možemo navesti da sva tri istraživana konstrukta: obiteljsko funkcioniranje, diskontinuitet identiteta i emocionalna regulacija igraju važnu ulogu u objašnjenju toga zašto su neki adolescenti skloniji autoagresivnom ponašanju od drugih. Ovakvi nalazi nisu neobični jer se autoagresivno ponašanje pokazalo kompleksnim produktom brojnih čimbenika. Također, postoje i brojne funkcije autoagresivnog ponašanja koje uključuju procese, počevši od nošenja s neugodnim emocijama, eliminiranja neugodnih podražaja iz okoline, zadobivanja pažnje bliskih osoba pa sve do definiranja i integracije vlastitog identiteta. Individualni čimbenici u pozadini autoagresivnog ponašanja će zasigurno igrati i ulogu u važnosti pojedinih konstrukata poput obiteljskog funkcioniranja ili razvoja identiteta kod adolescenta koji se uključuju u autoagresivno ponašanje. Na primjer, vjerojatno je za očekivati da će kod adolescenata koji pribjegavaju autoagresivnom ponašanju kako bi eliminirali neugodne situacije iz obiteljskog okruženja (npr. svađe među roditeljima) ukupno obiteljsko funkcioniranje imati veću



prediktivnu vrijednost u autoagresivnom ponašanju, dok će kod adolescenata kojima je funkcija autoagresivnog ponašanja učvršćivanje ili izgradnja specifičnog identiteta, razvoj identiteta imati veću ulogu u predviđanju autoagresivnog ponašanja. Iako je ovo pojednostavljena slika, s obzirom na to da su, u realnosti, svi ovi konstrukti međusobno usko povezani te lošije obiteljsko funkcioniranje i razvoj identiteta uobičajeno visoko koreliraju, relativni doprinos pojedinih čimbenika, mogao bi ovisiti o stupnju do kojeg postoji neka od funkcija autoagresivnog ponašanja. Međutim, neovisno o funkciji koju za neke adolescente ima autoagresivno ponašanje, u svakom od tih slučajeva postoji maladaptivna strategija nošenja s emocijama odnosno emocionalna disregulacija kao posrednik eventualnih uzroka (poput npr. loših obiteljskih odnosa) i posljedica (autoagresivnog ponašanja).

Rezultati ovog istraživanja su u skladu s Integriranim modelom nesuicidalnog samoozljeđivanja (Nock, 2009), prema kojem postoji više čimbenika rizika i ranjivosti koji dovode do samoozljeđivanja. Distalni čimbenici rizika odnose se na genetsku predispoziciju za visoku emocionalnu i kognitivnu reaktivnost, zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu te obiteljsko neprijateljstvo i kritiziranje ili u našem istraživanju funkcioniranje obitelji. Distalni čimbenici rizika predviđaju intrapersonalne i interpersonalne čimbenike ranjivosti (Nock, 2009, Rezo Bagarić i sur., 2023). Intrapersonalni čimbenici ranjivosti su snažne neugodne emocije i kognicije te niska tolerancija stresa koji se mogu manifestirati tijekom razvoja kao poteškoće u izgradnji identiteta. Interpersonalne čimbenike ranjivosti predstavljaju nedovoljno razvijene socijalne vještine, a osobito nedovoljno razvijene vještine rješavanja problema u socijalnim odnosima i situacijama. Prema Integriranom teorijskom modelu nesuicidalnog samoozljeđivanja intrapersonalni i interpersonalni čimbenici ranjivosti predisponiraju emocionalne reakcije kao odgovor na stres. Kada je ta reakcija karakterizirana teškoćama u emocionalnoj regulaciji, može doći do NSSO-a koje je u funkciji regulacije afektivnog stanja ili suočavanja s problemima u socijalnoj situaciji.

U kontekstu korelacijskog istraživanja, poput ovog, ne možemo govoriti o uzročno-posljedičnim odnosima istraživanih konstrukata, ali možemo vidjeti da emocionalna regulacija ima posredujuću ulogu između autoagresivnog ponašanja i njegovih korelata. Pritom su rezultati ovog istraživanja ukazali na to da je lošije obiteljsko funkcioniranje direktno povezano s većom sklonošću autoagresivnom ponašanju, ali i visoko povezano s diskontinuitetom identiteta. Istovremeno, diskontinuitet identiteta je vrlo visoko i direktno povezan sa slabijom emocionalnom regulacijom, koja je u konačnici također povezana sa sklonošću autoagresivnom

ponašanju. Takvi rezultati ukazuju na nerazdvojnost svih navedenih čimbenika, što je u skladu i sa ranijim istraživanjima, ali i s kompleksnom prirodom autoagresivnog ponašanja. Svakako, svaki od tih čimbenika evidentno igra važnu ulogu u pojavi autoagresivnog ponašanja adolescenata i nerazdvojni je od drugih čimbenika.

Ipak, moguća serijalna povezanost ovih konstrukata koja bi se mogla dokazati longitudinalnom studijom potencijalno bi mogla ukazati na to da lošije obiteljsko funkcioniranje vodi ka difuznijem identitetu, koji pak dovodi do slabije emocionalne regulacije što na kraju vodi ka autoagresivnom ponašanju. Navedene pretpostavke mogu ukazivati da potencijalno rješenje ili barem znatno poboljšanje ovog problema, može ležati i u popravljaju samo jednog od testiranih čimbenika. Drugim riječima, postoji realna i očekivana mogućnost da bi već i samo unaprjeđenje obiteljskog funkcioniranja moglo imati značajne efekte na smanjenje autoagresivnog ponašanja kod adolescenata putem razvoja integriranog identiteta i adekvatnije emocionalne regulacije kod djece i adolescenata. Ipak, tek bi detaljna longitudinalna istraživanja mogla dati odgovor na to je li potrebno usmjeriti fokus na obiteljsko funkcioniranje ili emocionalnu samoregulaciju kod djece i adolescenata. Ovakve i slične pretpostavke ostavljaju mnogo prostora za nova istraživanja i razvoj novih, preciznije usmjerenih programa i tretmana u liječenju i prevenciji autoagresivnog ponašanja djece i mladih.

## **5.8. Ograničenja provedenog istraživanja i preporuke za buduća istraživanja**

Najveće ograničenje provedenog istraživanja se odnosi na sam korelacijski dizajn ove studije te na vrlo specifičan i relativno mali uzorak sudionika. Vezano uz dizajn studije, važno je napomenuti da postoji potreba za longitudinalnim istraživanjima na ovu temu. Longitudinalne studije bi dale jasniju sliku o smjeru dobivenih efekata te bi omogućile raspravu o uzročno-posljedičnoj vezi ispitivanih čimbenika. Takve studije bi trebale obuhvaćati praćenje djece kroz duži niz godina, od mlađe dobi do adolescencije te njihovih obiteljskih prilika, razvoja identiteta i sposobnosti emocionalne regulacije. Tek usporedbom djece iz različitih okolnosti i s različitim razvojnim izazovima bi se moglo govoriti o jasnem smjeru čimbenika koji vode autoagresivnom ponašanju.

Kada govorimo o veličini uzorka, iako je ovaj broj sudionika relativno velik ako se uzme u obzir specifičnost istraživane populacije, i s obzirom na to da je riječ o kliničkom uzorku, iz statističke perspektive takav uzorak je ograničavajući kada želimo donositi šire generalizirane zaključke. Za generalne zaključke bilo bi uputnije napraviti istraživanje na većem uzorku opće populacije, no u tom slučaju bilo bi teško ostvariti dovoljan broj adolescenata s autoagresivnim ponašanjem. Iz tog razloga odabran je prigodni, klinički uzorak koji u pravilu uvijek dolazi s ograničenjima u mogućnosti generalizacije rezultata. Jedno od ograničenja se odnosi i na to da su za istraživanje dali pristanak većinom sudionici koji imaju dijagnozu vezanu uz emocionalne teškoće, dok je značajno manji odaziv za sudjelovanje u istraživanju adolescenata koji imaju poremećaje u ponašanju.

Ispitivanjem kliničkog uzorka nije bilo moguće donositi zaključke o prevalenciji autoagresivnog ponašanja u općoj populaciji adolescenata što bi također bio zanimljiv i vrijedan podatak u kontekstu cilja ovog istraživanja. Zbog veličine uzorka nisu pokrivene, u dovoljnoj mjeri, sve kategorije koje su nas zanimale, poput svih dobnih raspona i načina autoagresivnog ponašanja ili svih sociodemografskih kategorija ovisno o autoagresivnom ponašanju, pa nisu mogli biti provedeni adekvatni statistički postupci koji bi testirali razlike između tih kategorija. Stoga su neki od tih rezultata prikazani isključivo u formi frekvencija i postotaka što nam daje malu statističku snagu u zaključivanju.

Strukturalno modeliranje i testiranje medijacijskih efekata pa i sama regresijska analiza uobičajeno zahtijevaju nešto veći uzorak sudionika, u protivnom može doći do nepristajanja modela ili nemogućnošću detektiranja postojećih veza. Iako se to u ovom istraživanju nije dogodilo, odnosno rezultati su bili dosta jasni i interpretabilni, postoji mogućnost da bi veći uzorak rezultirao još boljim i jasnijim rezultatima te ukazao na veze koje ovim uzorkom nisu detektirane.

U konačnici, priroda istraživanja baziranog na samoiskazima sudionika je uvijek vezana uz problematiku istinitosti i preciznosti tog samoiskaza. Ovaj problem može biti još izraženiji kada su sudionici djeca ili adolescenti jer lako može doći do slabijeg razumijevanja, nedovoljnog razumijevanja ili krivog razumijevanja pojedinih pitanja, srama i/ili izbjegavanja traženja pojašnjenja kod pojedinih pitanja, ponekad i do namjernog davanja određenih odgovora, ponekad socijalno poželjnih odgovora uz potrebu davanja određenih odgovora s ciljem traženja, zadobivanja pažnje, iskrivljavanja odgovora zbog brige ili straha da će ti

rezultati imati za njih neke negativne posljedice (primjerice potreba ostanka na bolničkom liječenju i slično). Mogućnosti kojima se mogu umanjiti ili svesti na najmanju moguću mjeru su dobro objašnjenje, dobro objašnjeni principi povjerljivosti i anonimnosti te uvrštavanje dodatnih skala laganja ili socijalne poželjnosti u bateriju upitnika. Rezultati dobiveni korištenim samo-ocjenskim upitnicima predstavljaju djetetovu subjektivnu procjenu vezano za samog sebe i obiteljske procese, a da bi se dobila objektivna procjena bilo bi bolje koristiti opservacijske metode ili strukturirane intervjuje.

Metodološki nedostaci proizlaze iz ograničenja instrumenata kao što su nejasni termini i tvrdnje, slične tvrdnje i drugo. Primjeri sličnih tvrdnji: *Osjećam da pripadam svojoj obitelji. (AIDA)* i *Osjećamo se prihvaćeni onakvi kakvi jesmo. (FAD)*; *Ponekad imam snažne osjećaje za koje ne znam što ih je uzrokovalo. (AIDA)*, *Kada se moje raspoloženje iznenada promijeni, potpuno sam zbunjen. (AIDA)* i tvrdnja: *Zbunjen sam oko toga kako se osjećam. (DERS)*. Primjeri nejasnih tvrdnji: *Kada se pogledam u ogledalo, odmah se prepoznam. (AIDA)* *Drugi mi često govore da proturječim sam sebi, ali ja ne mislim tako. (AIDA)* *U našoj obitelji nježnost je na drugom mjestu u odnosu na ostalo. (FAD)*. Testiranje je obuhvaćalo 5 upitnika koji su ukupno sadržavali 250 čestice i bilo je potrebno oko 70 minuta da ih se popuni što je nekoj djeci, osobito slabijim čitačima i djeci sa slabijom koncentracijom, bilo vrlo zamorno; iako su imali dodatnu pomoć ispitivača i kod pojašnjavanja pitanja i pomoći vezano za razumijevanje pitanja. Osim toga, upitnici nisu rotirani pa je moguće da su djeca kada bi se umorila površnije rješavala skale koje su primijenjene na kraju.

Nadalje, upitnici s binarnim izborom (“da” i “ne”) koji mjere prisutnosti NSSO otežavaju precizno razumijevanje NSSO-a. Novija istraživanja pokazuju razlike u patologiji i riziku od budućih samoozljeđivanja kod onih koji imaju rijetke i česte epizode NSSO (Hamza i Willoughby, 2013; Klonsky i Olino, 2008; Whitlock i sur., 2008). Mjerenje na kontinuumu (npr. od uopće ne, vrlo rijetko, ponekad, često, vrlo često) pomažu u razlikovanju rijetkog i čestog NSSO-a i mogu pomoći u otkrivanju čimbenika koji povećavaju i smanjuju NSSO. Korištenje mjerenja na kontinuumu kod istraživanja NSSO-a u budućim istraživanjima moglo bi biti prikladnije za prepoznavanje značajnih čimbenika rizika za ova ponašanja.

S obzirom na različite vrste NSSO od npr. blažih (npr. trganje krasta), do težih, istraživanja su pokazala važne razlike između različitih vrsta NSSO-a. Na primjer, umjereni oblici NSSO (npr. rezanje) povezani su s većom poviješću psihopatologije, češćim

hospitalizacijama i povećanim suicidalnim mislima i ponašanjima u usporedbi s blagim NSSO (npr. trganje i kopanje rana) (Lloyd-Richardson i sur., 2007.; J. Tang i sur., 2011). Fox i sur. (2015.) smatraju kako obzirom na sve veći broj dokaza o razlikama između različitih tipova ponašanja, buduća istraživanja koja istražuju umjerene u odnosu na male i izravne u odnosu na neizravne oblike NSSO mogu dati važne i značajne doprinose u razumijevanju ovog područja. Stoga je preporuka da se u budućnosti provede više studija koje istražuju vezu između vrsta NSSO i suicidalnog ponašanja. Također, ovaj podatak je važan u kliničkoj praksi te ukazuje na potrebu za pojačanim oprezom u radu s adolescentima koji primjenjuju teže oblike samoozljeđivanja.

Dodatni nedostatak je što ne znamo druge čimbenike koji su mogli utjecati na rezultate. Roditelji su ispunjavali upitnik sociodemografskih podataka (uključujući i raniju i trenutnu psihičku bolest oca i majke, podatke je li netko u obitelji liječen zbog nekog psihijatrijskog poremećaja ili bolesti, raniju i trenutnu tjelesnu bolest oca i majke, razvod i odnos roditelja, razred djeteta i školski uspjeh, uključenost CZSS, ali nisu uključene psihotraume, detaljniji materijalni status, odrastanje u siromaštvu (ili riziku od siromaštva) (npr. nepovoljni životni događaji, izraženi stres, nedovoljno resursa za optimalni psihosocijalni razvoj adolescenata, stigmatizacija u školskom okruženju i sl.). Osim toga, rizičnim čimbenicima u istraživanjima NSSO pokazali su se starija dob adolescenata, niži materijalni status obitelji, anksiozna privrženost i nedostatak socijalne podrške (Greydanus i Apple, 2011; Rezo Bagarić i sur., 2023; Tripković i sur., 2017) pa bi bilo dobro da neki od ovih rizičnih čimbenika budu obuhvaćeni budućim istraživanjima.

Istraživanja su pokazala da su aleksitimija i zlostavljanje od strane vršnjaka također usko povezani s NSSO kod adolescenata. Zlostavljanje je povezano sa simptomima internalizacije poput depresije (Lereya i sur., 2015) i čimbenik je rizika za razvoj ponovljenog NSSO-a (Dantchev i sur., 2019). NSSO često koriste mladi koji su meta bullyinga kako bi izbjegli ili ublažili negativne emocije uzrokovane zlostavljanjem (Vergara i sur., 2019). Aleksitimija koja se definira kao teškoća u prepoznavanju, imenovanju i opisivanju emocija, također pokazala kao značajan čimbenik u nastanku NSSO-a (Iskric i sur., 2020). W. Tang i sur. (2022) u istraživanju su dobili da aleksitimija predviđa NSSO, a medijacijsku ulogu između aleksitimije i NSSO ima depresija. U budućim istraživanjima bilo bi dobro i značajno ispitati povezanost aleksitimije i emocionalne regulacije sa NSSO.

Istraživanje heterogenosti NSSO-a kod adolescenata s depresijom (He i sur., 2023) pokazalo je da adolescenti s teškim oblikom NSSO-a imaju kraći period razmišljanja prije počinjenja NSSO-a, što je u skladu s nalazima Hamze i sur. (2012). Teorija hitnosti (eng. *urgency theory*) objašnjava da vrlo impulzivne osobe još više nepromišljeno reaguju kada doživljavaju negativne osjećaje jer neposredna kratkoročna dobit regulacije emocija postaje važnija od dugoročne koristi (Cyders i Smith, 2008). Na veću ozbiljnost NSSO može ukazivati kraća latencija između poriva i samoozljeđivanja, što se može pratiti učestalošću i raznolikošću metoda NSSO-a (Maxfield i Pepper 2018). Ovu teoriju bilo bi vrijedno istražiti u nekim budućim istraživanjima kao i mogućnost ulaganja u intervencije koje bi se usmjerile na prepoznavanje negativnih osjećaja i distrakcije od istih.

Preporuke za buduća istraživanja također obuhvaćaju ponovljeno istraživanje na većem uzorku kliničke populacije adolescenata te na uzorku opće populacije, kako bi se procijenili svi istraživani parametri i na nekliničkom uzorku. Prilikom testiranja strukturalnog modela preporuča se testirati efekte serijalne medijacije pri čemu bi obiteljsko funkcioniranje bilo prediktorska varijabla, a difuzija identiteta i emocionalna regulacija serijalne medijacijske varijable u odnosu s autoagresivnim ponašanjem. Također se preporuča provesti longitudinalna istraživanja na ovu temu.

Bilo bi dobro i preporučilo bi se ispitati razlike s obzirom na dob u kombinaciji sa spolom i izraženosti psihopatologije. Starija dob kritičnija je za pojavu samoozljeđivanja pa bi se bolje mogle ispitati rodne razlike u pojavnosti samoozljeđivanja. Za usporedbu bi bile dobre tri skupine djece, na primjer od 11, 14 i 17 godina. Rezo Bagarić i sur. (2023) ističu kako bi u budućim istraživanjima trebalo provoditi odvojene analize za mladiće i djevojke, jer je uobičajen nalaz razlika s obzirom na rod. Pretpostavlja se da se u podlozi samoozljeđivanja nalaze različiti, rodno specifični prediktori. U kontekstu praktičnih implikacija autorice ističu važnost usmjeravanja na zaštitu mentalnog zdravlja djevojaka.

Kako bi se dobile informacije o djetetu iz dodatnog izvora bilo bi dobro da roditelji djece popune skalu za procjenu dječjeg ponašanja eng. *Child Behavior Checklist* (CBCL) koja je značajno pridonijela razumijevanju simptoma dječje psihopatologije i često se koristi u istraživanjima (De Bolle i sur., 2010). Također, bilo bi dobro i da roditelji popune skalu obiteljskog funkcioniranja pa da se rezultati djece i roditelja mogu usporediti.

Kako bi se doskočilo tome da djeca ne žele pokazati niti izvještavati o tome da imaju emocionalne poteškoće, mogli bi u istraživanju koristiti i kontrolne ljestvice. Obzirom na veću sklonost dječaka da negiraju prisutnost poteškoća i daju socijalno poželjne odgovore, bilo bi dobro među instrumente uvrstiti i skalu laži, na primjer, iz Eysenckovog upitnika ličnosti za djecu (eng. *Eysenck Personality Questionnaire- Junior*, EPQ-Jr) pa bismo na taj način mogli kontrolirati ili barem pratiti tu njihovu sklonost. Zanimljivo bi bilo usporediti rezultate dječaka i djevojčica na skali laži te ispitati postoje li razlike s obzirom na rod, dob i izraženost psihopatologije.

Sve je veći interes za razvoj i testiranje sustava u stvarnom vremenu (ili prilagodljivog točno na vrijeme) i intervencije za razne bihevioralne i psihološke poteškoće (Nahum-Shani i sur., 2018). Osobama kada se osjećaju jako loše može biti teško prisjetiti se i ispravno koristiti vještine naučene u terapiji (Zieve i sur., 2019). Upravo za NSSO je karakteristično da mu prethodi snažno negativno afektivno stanje (Armey i sur., 2011), te osoba koja se uključuje u NSSO-e nastoji kratkoročno djelovati na smanjenje napetosti i neugodnih osjećaja (Hepp i sur., 2020), što dokazuje to da je emocionalna regulacija negativnog afekta glavna u većini epizoda NSSO-a. U svrhu prikupljanja informacija sudionika u njihovom stvarnom okruženju i u realnom vremenu koristi se novi način mjerenja nazvan Ekološka momentarna procjena ili Ekološki valjana procjena trenutnog stanja (eng. *Ecological momentary assessment*, EMA) (Shiffman i sur., 2008) koji nudi visoko obećavajući, novi metodološki pristup proučavanju funkcija NSSO-a na način kako se to ponašanje prirodno odvija. EMA protokol koristi intervencije koje se provode na razne načine, na primjer telefonskim pozivom, web stranicom, aplikacijom ili digitalnim podsjetnikom kako bi osobu potaknule na davanje kratkih odgovora i procjenu što rade u tom trenutku, kako se osjećaju u tom trenutku i dr. (Baltasar-Tello i sur., 2018). Pokazalo se kako je EMA korisna u procjeni raspoloženja zbog više razloga. Pacijenti su mogli dobiti uvid u to što utječe na njihovo raspoloženje te kao se ono mijenja (Baltasar-Tello i sur., 2018). EMA metoda također može omogućiti pravovremene intervencije, "podsjetnike" kao i podršku za olakšavanje vježbanja specifičnih vještina regulacije emocija (npr. opuštanje, distrakcija, aktivacija) kada je najpotrebnije (npr. kada je uznemirenost velika). Intervencije u stvarnom vremenu putem pametnih telefonana taj bi način olakšale primjenu vještina prethodno naučenih u terapiji. Prema nedavnom pregledu istraživanja, 35 studija koristilo je EMA za proučavanje NSSO-a (Hepp i sur., 2020). Smjernica i moguće preporuke za buduća istraživanja bila bi osmisлити protokole istraživanja NSSO-a pomoću EMA-e.

## 5.9. Znanstveni doprinos istraživanja

Znanstveni doprinos provedenog istraživanja prvenstveno se odnosi na širi pristup i bolje razumijevanje korelata autoagresivnog ponašanja. Relativno mali broj ranijih istraživanja, osobito u Hrvatskoj provjerava ulogu tri glavne komponente ovog istraživanja: obiteljskih čimbenika, razvoja identiteta i emocionalne regulacije u procesima nastanka autoagresivnog ponašanja kod adolescenata. Mnogi istraživači upućivali su na važnost istraživanja tih navedenih individualnih i okolinskih čimbenika u kontekstu samoozljeđivanja kod mladih. Doprinos ovog rada je u tome što je to do sada jedno od rijetkih u Hrvatskoj ispitivanje kompleksnih odnosa razvoja identiteta, obiteljskih čimbenika i emocionalne regulacije s autoagresivnim ponašanjem adolescenata, a jedino istraživanje koje testira ovakav specifičan model.

Također, mali broj stranih istraživanja se bavi ovim specifičnim čimbenicima u kontekstu autoagresivnog ponašanja te bi rezultati ovog istraživanja mogli poslužiti kao temelj za izgradnju teorijskog modela suicida i NSSO.

Ovim radom se autoagresivnom ponašanju pristupa kao složenom fenomenu kojem doprinose višestruki čimbenici te se njihov međuodnos ispituje strukturalnim modeliranjem koje ukazuje na medijacijske efekte emocionalne samoregulacije u odnosima između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja, te razvoja identiteta i autoagresivnog ponašanja. Dobiveni nalazi, pritom ukazuju na nedvojbeni medijacijski efekt, međutim daju indicacije i na mogućnost postojanja serijalne medijacije difuzije identiteta i emocionalne regulacije između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja. To bi značilo da je obiteljsko funkcioniranje u direktnoj vezi s izgradnjom identiteta, koja potom uvjetuje i strategije emocionalne regulacije kojima će adolescenti pribjegavati.

Neovisno radi li se o paralelnoj medijaciji koja je ispitana ovim istraživanjem ili serijalnoj medijaciji za koju postoje naznake, razumijevanje odnosa među ovim čimbenicima daje temelj za precizniju mogućnost predviđanja autoagresivnog ponašanja kod adolescenata.

Nadalje, identifikacija i razumijevanje čimbenika autoagresivnog ponašanja otvara mogućnost za dodatno, dubinsko istraživanje ovog fenomena te detekciju smjera dobivenih efekata, a potencijalno i uzročno posljedičnih veza između istraživanim konstruktima.



Znanstveni doprinos je također i dodatna validacija skale AIDA. Naime, u ovom istraživanju je tek drugi put u Hrvatskoj primijenjena navedena skala, čime je ona dodatno validirana za kasnije korištenje u istraživanjima na kliničkoj, ali i drugoj populaciji adolescenata u Hrvatskoj.

### **5.10. Praktični doprinos i praktične preporuke**

Praktični doprinosi obuhvaćaju činjenicu da je boljim razumijevanjem važnih korelata autoagresivnog ponašanja lakše planirati smjernice za programe prevencije i liječenja djece i adolescenata koji se uključuju u autoagresivno ponašanje. Smjernice, na temelju rezultata ovog istraživanja trebaju ići u smjeru same djece odnosno adolescenata, ali i njihovih obitelji. Nalazi istraživanja mogu imati implikacije i na prevenciju i na dijagnostiku i na tretman. U prevenciji bi se dio instrumenata provjerenih u ovom istraživanju mogao koristiti u školama u sklopu probira kako bi se utvrdilo koja djeca imaju povišen rizik za razvoj autoagresivnih ponašanja. Nadalje, upotrebom ovih instrumenata u dijagnostici moglo bi se dobiti precizno razlikovanje u izraženosti psihopatologije kod raznih formi samoozljeđivanja. Kako je samoozljeđivanje često povezano s poteškoćama u razvoju identiteta mogla bi se koristiti skala AIDA. Također bi bilo važno dobivanje šire slike funkcioniranja obitelji u kojoj mlada osoba odrasta kako bi se u sklopu tretmana, a u slučaju zamijećenih poteškoća u obiteljskim odnosima, osigurale korisne terapijske intervencija koje bi posredno mogle dovesti i do smanjenja autoagresivnosti kod mladih. Redovitim mjerenjem varijabli ispitivanih u ovom istraživanju dobio bi se bolji uvid u proces liječenja i odgovor na pitanje dolazi li do smanjenja samoozljeđivanja uslijed bolje emocionalne regulacije ili uslijed poboljšanja obiteljskih odnosa te odvijaju li se ti procesi skokovito ili linearno. Smanjenje samoozljeđivanja jedan je od prvih ciljeva koji se postavljaju u tretmanu jer za posljedicu ima, uz očuvanje zdravlja i prevenciju suicida. Temeljeno na dobivenim rezultatima moguće je formirati programe učenja adekvatne emocionalne regulacije kod mlađe i starije djece koji bi imali ulogu prevencije autoagresivnog ponašanja.

Zaključno, praktične smjernice bi bile potreba provođenje preventivnih programa usmjerenih na poboljšanje emocionalne regulacije; osnaživanje i poticanju jakih strana djece i izgradnju karaktera; također preventivni programi vezano za NSSO i suicidalno ponašanje, uz

indicirano uključivanje u adekvatne terapijske postupke vezano NSSO i suicid; kao i potreba uključivanja roditelja u preventivne programe.

Provedeno istraživanje ukazuje na važnost provođenja preventivnih programa s ciljem poboljšanja emocionalne regulacije čime se i povećava otpornost na nošenje sa stresom. Kako bi se djeci i adolescentima pomoglo u poboljšanju emocionalne regulacije bilo bi dobro podučavati ih prepoznavanju i prihvaćanju emocija, nošenju sa negativnim emocijama, kao i uvježbavati ih u provođenju relaksacijskih tehnika poput abdominalnog disanja, progresivne mišićne relaksacije, vizualizacije ili slično.

Istraživanja su pokazala da kada su izražene negativne kognicije, koje prate gotovo svaki oblik samoozljeđivanja, pomaže mindfulness koji se počeo primjenjivati u školama u niz država u posljednjih godina upravo zbog učinkovitosti u smanjenju negativnih emocija, simptoma depresije i povećanju pozitivnih emocija (Galla i sur., 2020). Kognitivno bihevioralna terapija i terapijski pristupi temeljeni na mindfulnessu ističu važnost prepoznavanja i razumijevanja emocija i zasigurno bi im u terapiji dodatno koristilo saznanje koji su specifični aspekti pozitivnih i negativnih emocija povezani s psihičkim poremećajima. U mnogim istraživanjima pokazalo se da kognitivno bihevioralne intervencije kao i mindfulness smanjuju stres (Amanvermez i sur., 2022; Harith i sur., 2022) i simptome depresije i anksioznosti (Davies i sur., 2014; Lattie i sur., 2019; Worsley i sur., 2022). Takvi efekti su važni za posredni tretman autoagresivnog ponašanja jer je ovo istraživanje potvrdilo središnju ulogu emocionalne samoregulacije u razvoju i perzistiranju autoagresivnog ponašanja. Tretmani temeljeni na mindfulnessu i KBT-u razvijaju kapacitete i uče djecu i adolescente kako se nositi s emocijama na funkcionalniji način pa samim time imaju i posredni efekt na sklonost autoagresivnom ponašanju.

Kada se istražuje otpornost na stres, istraživači su pokazali da je otpornost povezana s pozitivnim mislima o sebi, svijetu i budućnosti. Navedeno predstavlja pozitivnu kognitivnu trijadu, suprotnu negativnoj trijadi koja je karakteristična za depresiju. Pozitivna trijada štiti od depresije na način da potiče ugodne emocije i zadovoljstvo životom. Otpornost doprinosi i potiče razvoj pozitivnih kognicija o sebi, svijetu i budućnosti te umanjuje stres i poboljšanja zadovoljstva životom (Mak i sur., 2011). Pozitivna ponovna kognitivna procjena ima važnu moderirajuću ulogu između stresora i otpornosti. Primjer ponovne kognitivne procjene i pristupa mogao bi biti „Kada osjetim nelagodu, probam ju zamjetiti i promijeniti način kako

gledam na tu situaciju“. Primjetiti kognicije, te zamjeniti kognicije adaptivnim, samo je jedan dio koji se primjenjuje u okviru razvijenih intervencija koja se koristi s ciljem postizanja bolje emocionalne regulacije kod dječje depresije. Radi se o Kontekstualno emocionalno regulacijskoj terapiji (eng. *Contextual Emotion-Regulation Therapy*, CERT). CERT obuhvaća uz kognitivne, također i bihevioralne te interpersonalne strategije emocionalne regulacije. Podučava djecu kako mijenjati kognicije povezane s emocijama, na primjer uči ih se promijeniti način kako razmišljaju vezano za ono što ih čini tužnim, podučava ih se „samogovoru“ i sl., te se također podučava djecu usvajanju niza drugih strategija emocionalne regulacije. Na primjer, podučava ih se vještinama uključivanje u aktivnosti (u tjelesne vježbe, projekte), uključivanje u razgovor s vršnjacima, drugom djecom ili odraslom osobom kojoj djete vjeruje (Kovács i sur., 2006).

Podučavanje djece boljim procjenama situacija, kao i boljim strategijama emocionalne regulacije mogao bi se koristiti u preventivnim programima s općom populacijom djece, a također i s djecom u riziku i rizičnim skupinama za razvoj psihičkih poremećaja. U svrhu unapređenja mentalnog zdravlja djece uvođenje preventivnih intervencija s ciljem jačanja otpornosti djece, boljeg prepoznavanja misli, osjećaja i ponašanja, kao i njihove međusobne interakcije, boljeg nošenja sa zahtjevima okoline, te usvajanja boljih strategija emocionalne regulacije bilo bi od iznimne važnosti. Preventivne intervencije bi se mogle primjenjivati u školi uz preporuku primjene prelaskom na predmetni oblik nastave ili pred polazak u srednju školu. Navedeno bi spriječio razvoj psihičkih poremećaja te posljedično smanjilo autoagresivnog ponašanje adolescenata.

S obzirom na ulogu koju je, u ovom istraživanju, pokazao razvoj identiteta u pojavi NSSO, jedna od preporuka je svakako i razvoj preventivnih programa koji potiču razvoj individue kroz poticanje jakih strana. To je moguće ostvariti kroz prepoznavanje snaga adolescenata, usvajanje socijalnih i emocionalnih vještina, što omogućava adolescentima uspješnije uspostavljanje kvalitetnih odnosa i povezanosti s vršnjacima, obitelji, uspješnost u učenju, te vlastitom doprinosu zajednici (Burke i sur., 2021). Takav rad na jakim stranama pojedinca vodi ka većem postignuću i dobrobiti (Quinlan i sur., 2012). Jačanje karaktera je širok pojam koji uključuje socio emocionalno učenje (Diggs i Akos, 2016) i navedeno može doprinjeti izgradnji koherentnijeg i kontinuiranijeg identiteta. U svrhu osnaživanja i izgradnje karaktera, rada na jakim osobinama adolescenata uobičajeno se primjenjuju preventivni programi u školama, a svrha tih programa je oblikovati i osnažiti socijalne i moralne

sposobnosti shvaćanja i odlučivanja, kao i utjecati na razvoj individualnih vrlina. Omogućavaju usvajanje vještina za školski kao i životni uspjeh, te pozitivno utječu na ponašanje mladih kao i na kvalitetan odnose s okolinom (Diggs i Akos, 2016).

Programi se oslanjaju na definicije osobina karaktera te snaga karaktera, pri čemu se osobine karaktera opisuju kao trajni obrasci ponašanja koji se temelje na vrijednostima odlučivanja tijekom vremena (Diggs i Akos, 2016; Lavy, 2019). Snage karaktera prema opisu Petersona i Seligmana (2004, prema Diggs i Akos, 2016; prema Lavy, 2019) uključuju šest sveobuhvatnih domena, odnosno temeljnih vrlina a to su: znanje i mudrost; hrabrost, humanost, pravednost, usmjerenost i transcendenciju. Nadalje, Peterson i Seligman (2004, prema Diggs i Akos, 2016; prema Lavy, 2019) su definirali i druge specifične karakterne snage koje uključuju na primjer znatiželju, ljubav prema učenju, socijalnu inteligenciju, sposobnost prosuđivanja, timski rad, samoregulaciju, zahvalnost, duhovnost, i druge osobine.

Većina intervencija za jačanje i izgradnju karaktera koje se primjenjuju u školama koriste elemente učenja koje uključuju teorijsko znanje (kao na primjer objašnjenje što podrazmjeva snage, opisuje svaku snagu); poticanje prepoznavanja vlastitih karakternih snaga kao i prepoznavanje karakternih snaga u drugima (na primjer kroz primjere iz svakodnevnog života, kroz knjige, video snimke i slično), poticanje vježbanja korištenja snaga u različitim situacijama (korištenje vlastitih snaga na nove načine u školi) kao i poticanje na promišljanje o korištenju vlastitih i tuđih snaga (na primjer promišljanje o vlastitim ili tuđim snagama, promišljanju o korištenju snaga kao i o odnosu uzrok-posljedica) (Lavy, 2019).

Program jačanja snaga provoden na srednjoškolcima kroz šest mjeseci (provodeno kroz sate zdravstvenog kurikulumu) koristio je upravo učenje osnaživanja vlastitih snaga, učenje usvajanja novih snaga, kao i prepoznavanje snaga u drugima što je doprinijelo značajnom povećanju zadovoljstva životom (Proctor i sur., 2011). Uz navedeno, istraživanja navode da učenici u školama koje su implementirale školski program jačanja karaktera izvještavaju o višoj vlastitoj vrijednosti, prosocijalnom ponašanju, boljim socijalnim interakcijama kao i višoj percipiranoj pripadnosti školi (Diggs i Akos, 2016).

Određeni, već postojeći univerzalni preventivni programi koji se mogu provoditi u školama usmjereni su na poboljšanje sveukupnog mentalnog zdravlja. Jedan od njih je univerzalni preventivni program naziva „Happyles“ koji uključuje rad na određenim područjima kao što su prevladavanje negativnog razmišljanja, poticanje pozitivnog razmišljanja i pozitivnih osjećaja, rad na budućim ciljevima, preuzimanje kontrole nad vlastitim problemima, ulaganje u odnose s drugim ljudima. Van der Zanden i Van der Linden (2013,

prema Baetens i sur., 2020) navode da se program temelji na pozitivnoj psihologiji i kognitivno biheviralnoj terapiji. Primjer preventivnog programa usmjerenog na prevenciju NSSO u školskom okruženju je „HappylesPLUS“, koji uz navedeni rad u okviru programa „Happyles“ ima integriran psihoedukativni modul o NSSO (Baetens i sur., 2020).

Onim adolescentima sa NSSO te kod kojih postoji više čimbenika rizika i viša razina psihopatologije pomoći će rad na prihvaćanju neugodnih emocija, uvježbavanje vještina regulacije emocija i tolerancije na stres (Linehan, 1993), uvježbavanje socijalnih vještina, jačanje socijalne mreže i obiteljskih odnosa (Hetrick i sur., 2016), kao i rad na smanjenju impulzivnosti (Dixon i sur., 2019). Kod adolescenata koji se rijetko i blago samoozljeđuju, može se raditi na tretmanu depresije, obzirom se najčešće radi o vulnerabilnim strukturama, pri čemu će se uz smanjivanje i nestanak simptoma depresije i sklonost NSSO postupno smanjivati (He i sur., 2023). S druge strane, uzimajući u obzir rizik od samoubojstva kod adolescenata s NSSO, potrebno je rano intenzivno liječenje tijekom ovog visokorizičnog razdoblja kako bi se rizik od suicidalnog ponašanja sveo na minimum (He i sur., 2023).

Pregledom literature nailazi se na nekoliko intervencija koje su efikasne u smanjenju NSSO, a one uključuju: dijalektičku bihevioralnu terapiju za adolescente (eng. *Dialectical Behavior Therapy for Adolescents*, DBT-A) (Kothgassner i sur., 2021), liječenje adolescenata temeljeno na mentalizaciji (eng. *Mentalization-based treatment*, MBT) (Rossouw i Fonagy, 2012), terapije usmjerene na obitelj (Diamond i sur., 2019), interpersonalnu terapiju (Tang i sur., 2009) kao i primjenu antipsihotika (npr. aripiprazol) (Turner i sur., 2014). Obzirom da je NSSO učestalo praćeno suicidalnim ponašanjem, u svrhu liječenja i smanjivanja NSSO i suicidalnog ponašanja adolescenata učinkovitim su se pokazale dijalektičku bihevioralnu terapiju, potom kognitivno-bihevioralna terapija te terapija temeljena na mentalizaciji (Ougrin i sur., 2015).

Coppersmith i suradnici (2022) u svom radu detaljno opisuju „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme“ (eng. *Just-In-Time Adaptive Interventions*, JITAIs), koje koriste pametne telefone i prenosive uređaje, a osmišljene su za pružanje prave vrste podrške u pravo vrijeme prilagođavanjem promjenama u unutarnjim stanjima i vanjskim kontekstima kroz koje pojedinac prolazi, što ih čini obećavajućim oblikom učinkovite prevencije NSSO-a i suicida. Iako se „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme“ tek treba početi primjenjivati u prevenciji samoubojstva, posebno u Hrvatskoj. Nalazi metaanalize pokazuju pozitivne učinke liječenja na suicidalne ideje putem drugih psiholoških intervencija koje se temelje na mobilnim

uređajima i internet (Arshad i sur., 2019.). Cilj ove „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme” bio bi pružiti podršku kada osoba ima suicidalne misli. Kad god korisnik izvjesti da ima jake misli o samoubojstvu putem upitnika na pametnom telefonu, aktivirat će se jedna od tri intervencije, ovisno o suicidalnom riziku. Kada je rizik nizak pojaviti će se automatska poruka, kada je srednji automatska poruka (eng. *pop-up*) ili intervencija (npr. *chatbot*), a ukoliko je rizik vrlo visok aktivirat će se opcija pozivanja kliničara/liječnika (Coppersmith i sur. 2022).

Ključna komponenta predložene „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme” je praćenje suicidalnih misli u stvarnom vremenu. Upitnici bi se slali nekoliko puta dnevno. Navedeno je korisno jer rizik od samoubojstva može varirati ovisno o dobu dana, a poznato je da je osobito izražen noću (Perlis i sur., 2016.). Suicidalne misli bile bi ključna komponenta „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme” jer varijacije u suicidalnim razmišljanjima predviđaju buduća suicidalna ponašanja (Bryan i sur., 2019; Wang i sur., 2021). Zbog toga su česte procjene suicidalnog razmišljanja jedan od najboljih pokazatelja rizika od samoubojstva (Coppersmith i sur. 2022).

Coppersmith i sur. (2022) u svom radu detaljno opisuju i integraciju „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme” u kliničku skrb. Kako se „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme” za prevenciju samoubojstva razvijaju, ključno buduće područje istraživanja je kako najbolje koristiti „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme” za nadopunu postojećih modela kliničke skrbi. Na primjer, „Prilagodljive intervencije točno na vrijeme” može biti koristan za pacijente na listi čekanja za psihoterapije. Zatim može poslužiti kao koristan alat za poticanje primjene vještina naučenih tijekom terapije između seansi, osobito kada se pojave stresne situacije. Osim toga, mogle bi olakšati prijelaz između bolničkog i izvanbolničkog liječenja, kada se radi o razdoblju povećanog rizika (Chung i sur., 2017.). I konačno, mogu poslužiti kao koristan alat za liječenje pacijenata koji ne mogu pristupiti uobičajenim modelima skrbi (Kazdin i Blase, 2011.).

S ciljem prevencije suicidalnog ponašanja djece i adolescenata provode se univerzalni, selektivni i indicirani preventivni programi (Gvion i Apter, 2016).

Univerzalne preventivne intervencije su intervencije koje su usmjerene prema cjelokupnoj populaciji te mogu uključivati strategije poput odgovornog izvještavanja medija o suicidu, kako onemogućiti i spriječiti pristup sredstvima kojima se suicid može izvršiti i sl. Za djecu i adolescente se najčešće primjenjuju univerzalni preventivni programi koji se provode u školama, a usmjereni su podizanju svijesti o suicidu (Gvion i Apter, 2016). Primjer univerzalne školske intervencije je „Program mladi svjesni mentalnog zdravlja“ (eng. *Youth Aware of*

*Mental Health Programme, YAM*). YAM je usmjerena na podizanje svijesti mladih vezano za mentalno zdravlje, stjecanje znanja o anksioznosti i depresiji, rizičnim i zaštitnim čimbenicima povezanim sa suicidom, kao i poboljšanju vještina suočavanja sa stresom, nepovoljnim životnim događajima i suicidalnim ponašanjem, a provođenje YAM intervencija dovodi do značajnog smanjivanja suicidalnih pokušaja i suicidalnih ideja (Wasserman i sur., 2015). Univerzalni program vezan za podizanje svijesti o suicidu i znakovima suicida naziva SOS (eng. *Signs of Suicide*) namijenjen je učenicima dobi od 13. do 18. godina, provodi se u školi, te prema istraživanjima nakon provođenja programa dolazi do značajnog smanjivanja suicidalnih pokušaja, većeg znanja o depresiji ali nedostaju podaci o praćenju nakon tri mjeseca (Gvion i Apter, 2016).

Selektivne intervencije usmjerene su prema osobama koje su pod povećanim rizikom za suicid, kao što su to na primjer osobe koje imaju mentalni poremećaj, a cilj intervencije je osigurati osobi uključivanje u rani i adekvatan tretman (Anderson & Jenkins, 2006). Primjer selektivne intervencije vezano za mlade je takozvani „trening čuvara“ (eng. *gatekeeper training*) kojim se školsko i zdravstveno osoblje educira da na vrijeme prepoznaju adolescente koji su pod povećanom rizikom te ih se usmjerava prema adekvatnom tretmanu. Selektivni „gatekeeper“ program koji se primjenjuje u školama naziva „Pitaj, uvjeri, uputi „ (eng. *Question, Persuade, and Refer, QPR*) educira osoblje škole kako prepoznati mlade u riziku, na koji način im pristupiti i postavljati pitanja o suicidu te kako ih motivirati i uputiti u tretman (Gvion i Apter, 2016).

Indicirani preventivni programi imaju za cilj smanjiti vjerojatnost relapsa kod adolescenata koji već imaju zabilježene suicidalne ideje ili pokušaje. Primjer indiciranog programa naziva „Choose life“, a obuhvaća detaljan trening počevši od podizanja svijesti o suicidu pa do treninga pružavanja prve pomoći u slučaju pokušaja suicida. Program uključuje podizanje svijesti i otvaranje rasprave o potrebi govoriti o suicidu (eng. *SuicideTALK*); trening prepoznavanja osoba koje imaju suicidalne ideje i kako im omogućiti sigurnost do dobivanja intervencije (eng. *safeTALK*) i trening upravljanja rizicima (eng. „*Skill Training on Risk Management*“, STORM) koji se odnosi na primjer na zdravstvene ili socijalne djelatnike a uključuje trening za procjenu, komunikaciju i interakciju sa suicidalnom osobom. Evaluacija posljednjeg pokazala je da stručnjaci za mentalno zdravlje imaju pozitivne promjene u stavovima i samopouzdanju kad je riječ o nošenju sa suicidalnim pacijentima (Gvion i Apter, 2016).

Osim preventivnih programa usmjerenih na djecu i adolescente, a uzevši u obzir važnu ulogu koju upravo obiteljsko funkcioniranje ima na učestalost autoagresivnog ponašanja preventivni programi bi trebali biti usmjereni i na roditelje. Primjenom roditeljskih preventivnih programa bi se unaprijedilo obiteljsko funkcioniranje, što bi, posljedično, preveniralo sklonost autoagresivnom ponašanju kod djece i adolescenata. Program naziva „The Resourceful Adolescent Parent Program“ koji je usmjeren na jačanje roditeljskih vještina, osnaživanje i poboljšanje obiteljskih odnosa (Pineda i Dadds, 2013) kao i program naziva „The Family Check-up“ usmjeren na trening roditeljskih vještina komunikacije, uspostavljanje discipline i nadzora povezuju se sa smanjivanjem rizika za suicidalno ponašanje djece (Brent, 2016). Preventivni programi koji se orijentiraju na povećanje otpornosti adolescenata i njihovih roditelja su pokazali značajne pozitivne efekte na suicidalno ponašanje (Brent, 2016).

Općenito, s obzirom na alarmantno visoku prevalenciju autoagresivnog ponašanja, izuzetno je važno okrenuti se razvoju preventivnih programa koji bi mogli značajno pridonijeti smanjenju ovog ozbiljnog javnozdravstvenog problema.



## 6. ZAKLJUČAK I VERIFIKACIJA HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

U ovom poglavlju će se odgovoriti na probleme i verificirati postavljene hipoteze istraživanja

Prvi problem ovog istraživanja je glasio: Utvrditi vrstu poteškoće mentalnog zdravlja kod adolescenata zaprimljenih na prvi pregled i prisutnost autoagresivnog ponašanja.

Ovaj problem je bio eksplorativnog tipa. Utvrđeno je da većina sudionika ima dijagnoze emocionalnih poremećaja s početkom specifično u djetinjstvu te ostale emocionalne poremećaje u djetinjstvu. Također, 36% sudionika postiže granične ili kliničke vrijednosti na skali YSR, od čega su najzastupljenije poteškoće s pažnjom i socijalni problemi. Sudionici koji iskazuju autoagresivno ponašanje imaju više rezultate na skalama anksioznosti i depresije, povučenosti te na tjelesnim i socijalnim teškoćama, problemima mišljenja, problemima pažnje, sklonosti kršenju pravila te agresivnom ponašanju.

Drugi problem ovog istraživanja je glasio: Utvrditi relativni doprinos ukupnog obiteljskog funkcioniranja, komunikacije u obitelji i obiteljske afektivne reakcije u objašnjenju podložnosti autoagresivnom ponašanju kod adolescenata.

Prva istraživačka hipoteza je glasila:

H1. Očekuje se pozitivna povezanost autoagresivnog ponašanja adolescenata s poteškoćama u obiteljskom funkcioniranju, lošom obiteljskom komunikacijom i lošom obiteljskom afektivnom reakcijom.

Odgovor: Hipoteza je djelomično potvrđena. Iako su korelacije značajne i pozitivne, u regresijskom modelu samo obiteljsko funkcioniranje doprinosi objašnjenju autoagresivnog ponašanja. Moguće je da je rezultat takav zbog visokih korelacija između dimenzija obiteljskih čimbenika, pa su preostale dvije skale redundantne u analizi.

Treći problem ovog istraživanja je glasio: Utvrditi relativni doprinos stupnja razvoja identiteta kod adolescenata s i bez autoagresivnog ponašanja.

Druga istraživačka hipoteza je glasila:

H2. Očekuje se više odstupanja u razvoju identiteta kod adolescenata s višim autoagresivnim ponašanjem i to na način da je difuzija identiteta zastupljena kod adolescenata

koji iskazuju autoagresivno ponašanje dok je integrirani identitet više prisutan kod adolescenata koji ne iskazuju autoagresivno ponašanje.

Odgovor: Hipoteza je djelomično potvrđena. Iako su korelacije značajne i pozitivne, u regresijskom modelu samo diskontinuitet doprinosi objašnjenju autoagresivnog ponašanja. Kao i u prethodnom slučaju, moguće je da je rezultat takav zbog visokih korelacija između dimenzija razvoja identiteta, pa je skala inkoherencije suvišna u analizi.

Četvrti problem ovog istraživanja je glasio: Ispitati medijatorski efekt emocionalne regulacije u odnosu između obiteljskih čimbenika i autoagresivnog ponašanja adolescenata te u odnosu identiteta i autoagresivnog ponašanja adolescenata.

Treća istraživačka hipoteza je glasila:

H3.1. Pretpostavlja se da je emocionalna regulacija parcijalni medijator u odnosu između obiteljskog funkcioniranja i autoagresivnog ponašanja - bolje obiteljsko funkcioniranje bit će povezano s manjom učestalosti autoagresivnog ponašanja izravno te neizravno, putem bolje emocionalne regulacije.

Odgovor: Hipoteza je potvrđena, emocionalna regulacija je parcijalni medijator između funkcioniranja obitelji i autoagresivnog ponašanja kada su jedini prediktori u modelu obiteljsko funkcioniranje i spol sudionika. Pri tome je, bolje obiteljsko funkcioniranje povezano s manjom učestalošću autoagresivnog ponašanja, izravno i neizravno, putem emocionalne regulacije. Međutim, kada se u model uključi i diskontinuitet identiteta kao dodatan prediktor, gubi se medijacijski efekt emocionalne regulacije u ovoj vezi te ostaje značajan samo direktni efekt obiteljskog funkcioniranja na autoagresivno ponašanje. Razlog tome može ležati u visokoj interkorelaciji diskontinuiteta i emocionalne regulacije, čime diskontinuitet u istom modelu veže na sebe većinu varijance emocionalne regulacije pa se njena povezanost s obiteljskim funkcioniranjem gubi.

Četvrta istraživačka hipoteza je glasila:

H3.2. Pretpostavlja se da je emocionalna regulacija parcijalni medijator u odnosu između identiteta i autoagresivnog ponašanja - integrirani identitet bit će povezan s manjom učestalosti autoagresivnog ponašanja izravno te neizravno, putem bolje emocionalne regulacije.

Odgovor: Hipoteza je potvrđena, emocionalna regulacija je parcijalni medijator između diskontinuiteta identiteta i autoagresivnog ponašanja. Integrirani identitet je povezan s manjom učestalosti autoagresivnog ponašanja, izravno i neizravno, putem emocionalne regulacije kada je on jedini (uz kontrolu spola) prediktor u analizi. Međutim, u modelu sa funkcioniranjem obitelji, gubi se izravni efekt diskontinuiteta na autoagresivno ponašanje te se njegov efekt ostvaruje isključivo putem emocionalne regulacije, čime emocionalna regulacija u takvom modelu postaje potpuni medijator veze između diskontinuiteta i autoagresivnog ponašanja.

## 7. LITERATURA

Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-age Forms and Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Amanvermez, Y., Zhao, R., Cuijpers, P., De Wit, L., Ebert, D. D., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., & Karyotaki, E. (2022). Effects of self-guided stress management interventions in college students: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 28, 100503. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100503>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. American Psychiatric Publishing Inc.

Ammerman, B. A., Burke, T. A., Alloy, L. B., & McCloskey, M. S. (2016). Subjective pain during NSSI as an active agent in suicide risk. *Psychiatry Research*, 236, 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.028>

Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in Nonsuicidal Self-Injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569–575. <https://doi.org/10.1177/070674371405901102>

Armey, M. F., Crowther, J. H., & Miller, I. W. (2011). Changes in Ecological Momentary Assessment Reported Affect Associated With Episodes of Nonsuicidal Self-Injury. *Behavior Therapy*, 42(4), 579–588. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.002>

Arshad, U., Farhat-Ul-Ain, Gauntlett, J., Husain, N., Chaudhry, N., & Taylor, P. (2019). A Systematic review of the evidence supporting mobile- and Internet-Based Psychological Interventions for Self-Harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 151–179. <https://doi.org/10.1111/sltb.12583>

Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., Esterman, M., & Nock, M. K. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 579–584. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.027>

- Baetens, I., Decruy, C., Vatandoost, S., Vanderhaegen, B., & Kiekens, G. (2020). School-Based Prevention Targeting Non-Suicidal Self-injury: A pilot study. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00437>
- Baker, A. C., Wallander, J. L., Elliott, M. N., & Schuster, M. A. (2023). Non-Suicidal Self-Injury Among Adolescents: A Structural Model with Socioecological Connectedness, Bullying Victimization, and Depression. *Child Psychiatry & Human Development, 54*(4), 1190–1208. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01319-6>
- Baltasar-Tello, I., Miguélez-Fernández, C., Peñuelas-Calvo, I., & Carballo, J. J. (2018). Ecological Momentary Assessment and Mood Disorders in Children and Adolescents: a Systematic Review. *Current Psychiatry Reports, 20*(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0913-z>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guildford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*(2), 139–145. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1993.tb00378.x>
- Belfort, E. L., Mezzacappa, E., & Ginnis, K. (2012b). Similarities and Differences Among Adolescents Who Communicate Suicidality to Others via Electronic Versus other Means: A Pilot Study. *Adolescent Psychiatry, 2*(3), 258–262. <https://doi.org/10.2174/2210676611202030258>
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury: Key Directions for Future Research. *Clinical Psychological Science, 2*(5), 638–656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Berardelli, I., Serafini, G., Cortese, N., Fiaschè, F., O'Connor, R. C., & Pompili, M. (2020). The involvement of Hypothalamus–Pituitary–Adrenal (HPA) axis in suicide risk. *Brain Sciences, 10*(9), 653. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090653>
- Berk, E.L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.

- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Runtz, M., & Daspe, M. (2015). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. *Child Abuse & Neglect*, *50*, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.009>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Bježančević, M., Groznica Hržić, I., & Dodig-Ćurković, K. (2019). Self-injury in adolescents: A five-years study of characteristics and trends. *Psychiatria Danubina*, *31*(4), 413-420. <https://doi.org/10.24869/psy.2019.413>
- Boričević Maršanić, V., Silobrčić Radić, M., & Flander Tadić, M. (2022). Trends in adolescent completed suicide in Croatia for the period of 2000 to 2020. *Psychiatria Danubina*, *34*(4), 715-718. <https://doi.org/10.24869/psy.2022.715>
- Brečić, P. (2017). Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*, *26*(2), 173–183. <https://hrcak.srce.hr/189043>
- Breen, A., Lewis, S. P., & Sutherland, O. (2013). Brief report: Non-suicidal self-injury in the context of Self and Identity Development. *Journal of Adult Development*, *20*(1), 57–62. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9156-8>
- Brent, D. A. (2016). Prevention programs to augment family and child resilience can have lasting effects on suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(S1). <https://doi.org/10.1111/sltb.12257>
- Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *37*(3), 374–383. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.020>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *38*, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.00>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3–4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>

- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-Awareness, affect regulation, and relatedness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 497–503. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31803044e2>
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.111.1.198>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G. J., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balázs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosman, D., Häring, C., Iosuec, M., Kahn, J. P., Keeley, H., . . . Wasserman, D. (2014). Lifetime prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Bryan, C. J., Rozek, D. C., Butner, J., & Rudd, M. D. (2019). Patterns of change in suicide ideation signal the recurrence of suicide attempts among high-risk psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103392. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.001>
- Burke, K., Dittman, C. K., Forbes, E. J., & Eggins, E. (2021). PROTOCOL: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials evaluating the impact of parenting programmes for parents of adolescents (10–18 years) on adolescent mental health outcomes, positive development and the parent–adolescent relationship. *Campbell Systematic Reviews*, 17: e1146. <https://doi.org/10.1002/cl2.1146>.
- Campisi, S. C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmári, P., & Bhutta, Z. A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z>
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U., Dittmann, R., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P., & Arango, C. (2019). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759–776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>

- Cassels, M., Van Harmelen, A., Neufeld, S., Goodyer, I., Jones, P. B., & Wilkinson, P. (2018). Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(8), 881–887. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12866>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chen, W. L., & Chun, C. C. (2019). Association between Emotion Dysregulation and Distinct Groups of Non-Suicidal Self-Injury in Taiwanese Female Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(18), 3361. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183361>
- Choate, L. H. (2012). Counseling Adolescents Who Engage in Nonsuicidal Self-Injury: A Dialectical Behavior therapy approach. *Journal of Mental Health Counseling*, *34*(1), 56–71. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.1.506780307v16m402>
- Christie, D., & Viner, R. (2005). Adolescent development. *The BMJ*, *330*(7486), 301–304. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.301>
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Claes, L., Luyckx, K., & Bijttebier, P. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation above and beyond depression. *Personality and Individual Differences*, *61–62*, 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.12.019>
- Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A., & Kerns, K. A. (2019). Parent–child attachment and children’s experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion*, *19*(6), 1103–1126. <https://doi.org/10.1037/emo0000504>



- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R. T., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 297–303. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>
- Coppersmith, D. D. L., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2021). Variability in the Functions of Nonsuicidal Self-Injury: Evidence from three Real-Time Monitoring Studies. *Behavior Therapy*, *52*(6), 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.05.003>
- Coppersmith, D. D. L., Dempsey, W., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., Murphy, S. A., & Nock, M. K. (2022). Just-in-Time Adaptive Interventions for suicide Prevention: promise, challenges, and future directions. *Psychiatry MMC*, *85*(4), 317–333. <https://doi.org/10.1080/00332747.2022.2092828>
- Coppersmith, D. D. L., Millgram, Y., Kleiman, E. M., Fortgang, R., Millner, A. J., Frumkin, M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2023). Suicidal thinking as affect regulation. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *132*(4), 385–395. <https://doi.org/10.1037/abn0000828>
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Eames, C., Hepburn, S. R., Shah, D. M., & Williams, J. M. G. (2014). Comfort from suicidal cognition in recurrently depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, *155*, 241–246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.006>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A., & Stevens, A. L. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(1), 15–21. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.15>
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2013). Adolescents and self-destructive behaviours: An exploratory analysis of Family and Individual correlates. *Behavioral Psychology*, *21*(2), 271–288.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*(1), 31–63. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00003>
- Curtis, A. C. (2015). "Defining adolescence". *Journal of Adolescent and Family Health*, *7*(2), 2. <https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2>

Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, *134*(6), 807–828. <https://doi.org/10.1037/a0013341>

Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006.). *Psihologija braka i obitelji*. Golden Marketing – Tehnička knjiga.

Dahl, R. E., Allen, N., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, *554*(7693), 441–450. <https://doi.org/10.1038/nature25770>

Dantchev, S., Hickman, M., Heron, J., Zammit, S., & Wolke, D. (2019). The independent and cumulative effects of sibling and peer bullying in childhood on depression, anxiety, suicidal ideation, and Self-Harm in adulthood. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00651>

Daukantaitė, D., Lundh, L., Wångby-Lundh, M., Claréus, B., Bjärehed, J., Zhou, Y., & Liljedahl, S. (2020). What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(3), 475–492. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01533-4>

Davies, E. B., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2014). Computer-Delivered and Web-Based Interventions to Improve Depression, Anxiety, and Psychological Well-Being of University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(5), e130. <https://doi.org/10.2196/jmir.3142>

De Bolle, M., Decuyper, M., De Clercq, B., & De Fruyt, F. (2010). Relevance of the tripartite dimensions of affect for anxiety and depression in Youth: Examining Sex and Psychopathology status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(7), 935–948. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9413-2>

Degmečić, D., & Filaković, P. (2008). Depression and Suicidality in the Adolescents in Osijek. *Collegium Antropologicum*, *32*(1), 143-145.

Diamond, G. S., Kobak, R. R., Ewing, E. S. K., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J. (2019). A randomized controlled trial: Attachment-Based family and Nondirective supportive treatments for youth who are suicidal. *Journal of the American*

*Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721–731.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006>

Diggs, C. R., & Akos, P. (2016). The Promise of Character Education in Middle School: A Meta-Analysis. *Middle Grades Review*, 2(2).  
<https://scholarworks.uvm.edu/mgreview/vol2/iss2/4>.

Dixon, M. R., Paliliunas, D., Belisle, J., Speelman, R. C., Gunnarsson, K., & Shaffer, J. L. (2019). The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.003>

Dodig Ćurković, K. (2010). *Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja*. (Doktorska disertacija) Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in Sociology*. The Free Press

Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Lim, C., & Wechsler, H. (2012). Youth risk behavior surveillance – United States, 2011. *MMWR Surveillance Summaries*, 61(4), 1-162.

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental social-ization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241–273. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0904\\_1](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1)

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>

Ercegović, N., Paradžik, Lj., Boričević Maršanić, V., & Marčinko, D. (2018). Nesuicidalno samoozljeđivanje i razvoj identiteta kod adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 46(4), 457-470.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton & Co.

Ermann, M. (2011). Identität, Identitätsdiffusion, Identitätsstörung. *Psychotherapeut*, 56(2), 135–141. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0813->

Eurostat General and regional statistics: Suicide death rate, by age group. Statistical Office of the European Communities, Luxembourg. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/table?lang=en>  
Pristupljeno 14.3.2024.

Fan, Y., Liu, J., Zeng, Y., Conrad, R., & Tang, Y. (2021). Factors Associated with Non-suicidal Self-Injury in Chinese Adolescents: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747031>

Farkas, B. F., Takacs, Z. K., Kollárovics, N., & Balázs, J. (2023). The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y>

Ferrara, M., Terrinoni, A., & Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-12>

Fox, K., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>

Franić, T. (2012). *Psihosocijalne odrednice samoubilačkih promišljanja u ranoj adolescenciji*. (Doktorska disertacija) Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu.

Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. *Standard Edition*. Hogarth Press.

Gagnon, J., Vintiloiu, A., & McDuff, P. (2016). Do splitting and identity diffusion have respective contributions to borderline impulsive behaviors? Input from Kernberg's model of personality. *Psychoanalytic Psychology*, 33(3), 420–436. <https://doi.org/10.1037/pap0000052>

Galla, B. M., Tsukayama, E., Park, D., Yu, A., & Duckworth, A. (2020). The mindful adolescent: Developmental changes in nonreactivity to inner experiences and its association

with emotional well-being. *Developmental Psychology*, 56(2), 350–363. <https://doi.org/10.1037/dev0000877>

Gandhi, A., Luyckx, K., Maitra, S., & Claes, L. (2015). Non-suicidal self-injury and identity distress in Flemish adolescents: Exploring gender differences and mediational pathways. *Personality and Individual Differences*, 82, 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.031>

Gandhi, A., Claes, L., Bosmans, G., Baetens, I., Wilderjans, T.F., Maitra, S., Kiekens, G., & Luyckx, K. (2016). Non-Suicidal Self-Injury and Adolescents Attachment with Peers and Mother: The Mediating Role of Identity Synthesis and Confusion. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1735-1745.

Gandhi, A., Luyckx, K., Maitra, S., Kiekens, G., Verschueren, M., & Claes, L. (2017). Directionality of effects between non-suicidal self-injury and identity formation: A prospective study in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 109, 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.003>

Gandhi, A., Luyckx, K., Molenberghs, G., Baetens, I., Goossens, L., Maitra, S., & Claes, L. (2019). Maternal and peer attachment, identity formation, and non-suicidal self-injury: a longitudinal mediation study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0267-2>

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)

Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O. H., Christine, B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2019). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294–308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical investigation in adolescent Psychiatric patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>

- González-Castro, T. B., Genis-Mendoza, A. D., León-Escalante, D. I., Hernández-Díaz, Y., Juárez-Rojop, I. E., Tovilla-Zárate, C. A., López-Narváez, M. L., Marín-Medina, A., Nicolini, H., & Ramos-Méndez, M. Á. (2021). Possible association of cholesterol as a biomarker in suicide behavior. *Biomedicines*, *9*(11), 1559. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9111559>
- Goodman, A., Joyce, R., & Smith, J. P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *108*(15), 6032–6037. <https://doi.org/10.1073/pnas.1016970108>
- Gordon, K. H., Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Witte, T. K., Braithwaite, S. R., Van Orden, K. A., Bresin, K., & Joiner, T. E. (2010). The reinforcing properties of repeated deliberate Self-Harm. *Archives of Suicide Research*, *14*(4), 329–341. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524059>
- Goth, K., Foelsch, P. A., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O., & Schmeck, K. (2012b). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-27>
- Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., & Schmeck, K. (2012a). AIDA: A self report questionnaire for measuring identity in adolescence. Short manual. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatric University Clinics (UPK) Basel.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *The Journal of Family Psychology*, *10*(3), 243–268. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.3.243>
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *23*(4), 253-263.
- 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. [doi:10.1093/clipsy.bpg022](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022)

Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.8.1.1>

Gratz, K. L., Latzman, R. D., Young, J., Heiden, L. J., Damon, J. D., Hight, T. L., & Tull, M. T. (2012). Deliberate self-harm among underserved adolescents: The moderating roles of gender, race, and school-level and association with borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 39–54. <https://doi.org/10.1037/a0022107>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate Self-Harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 14–25. <https://doi.org/10.1080/16506070701819524>

Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 17–41. <https://doi.org/10.1037/a0015575>

Greydanus, D. E., & Apple, R. W. (2011). The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 183-189. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s11569>

Groschwitz, R. C., Kaess, M., Fischer, G. J., Ameis, N., Schulze, U., Brunner, R., Koelch, M., & Plener, P. L. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 228(3), 454–461. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.019>

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current status and future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840x.2014.940781>
- Gu, H., Ma, P., & Xia, T. (2020). Childhood emotional abuse and adolescent nonsuicidal self-injury: The mediating role of identity confusion and moderating role of rumination. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104474. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104474>
- Gunzenhauser, C., Fäsche, A., Friedlmeier, W., & Von Suchodoletz, A. (2014). Face it or hide it: parental socialization of reappraisal and response suppression. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00992>
- Gvion, Y., & Apter, A. (2016). Evidence-Based Prevention and Treatment of Suicidal Behavior in Children and Adolescents. In: R. C. O'Connor, & J. Pirkis (Ed.), *The International Handbook of Suicide Prevention, Second Edition* (303-322). Wiley & Sons, Ltd.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology sex, crime, religion and education*. New York: Appleton.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior: A Latent Class Analysis among Young Adults. *PLOS ONE*, 8(3), e59955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059955>
- Hancock, G. R. (1997). Structural equation modeling methods of hypothesis testing of latent variable means. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30(2), 91–105. <https://doi.org/10.1080/07481756.1997.12068926>
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Harith, S., Backhaus, I., Mohbin, N., Ngo, H., & Khoo, S. (2022). Effectiveness of digital mental health interventions for university students: an umbrella review. *PeerJ*, 10, e13111. <https://doi.org/10.7717/peerj.13111>



- Harris, L. M., Chelminski, I., Dalrymple, K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Suicide attempts and emotion regulation in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 232, 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.054>
- Hartas, D. (2019). The social context of adolescent mental health and wellbeing: parents, friends and social media. *Research Papers in Education*, 36(5), 542–560. <https://doi.org/10.1080/02671522.2019.1697734>
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325(7374), 1207–1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60322-5)
- Hazen, E., Schlozman, S., & Beresin, E. (2008). Adolescent Psychological Development: A Review. *Pediatrics in Review*, 29(5), 161–168. <https://doi.org/10.1542/pir.29-5-161>
- He, H., Hong, L., Jin, W., Xu, Y., Kang, W., Liu, J., Song, J., Zheng, T., Chen, H., & Zhao, K. (2023). Heterogeneity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents with depression: latent class analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04808-7>
- Heilbron, N., & Prinstein, M. J. (2008). Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: A theoretical review of mechanisms and moderators. *Applied & Preventive Psychology*, 12(4), 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.004>
- Hepp, J., Carpenter, R. W., Störkel, L. M., Schmitz, S. E., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2020). A systematic review of daily life studies on non-suicidal self-injury based on the four-function model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101888. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101888>
- Hetrick, S., Robinson, J., Spittal, M. J., & Carter, G. (2016). Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open*, 6(9), e011024. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011024>

- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury among Young Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455–469. <https://doi.org/10.1177/0272431608316604>
- Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2017). Why do people hurt themselves? A new Conceptual model of Nonsuicidal Self-Injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428–451. <https://doi.org/10.1177/2167702617745641>
- Huang, Y., Zhao, Q., & Li, C. (2021). How interpersonal factors impact the co-development of depression and non-suicidal self-injury in Chinese early adolescents. *Acta Psychologica Sinica*, 53(5), 515-526. <https://doi.org/10.3724/sp.j.1041.2021.00515>
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159–169. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.53.4.159>
- In-Albon, T., Bürli, M., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-5>
- Iskric, A., Ceniti, A. K., Bergmans, Y., McInerney, S., & Rizvi, S. J. (2020). Alexithymia and self-harm: A review of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 288, 112920. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112920>
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate Self-Harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Jankowski, P. (2013). Identity status and emotion regulation in adolescence and early adulthood. *Polish Psychological Bulletin*, 44(3), 288–298. <https://doi.org/10.2478/ppb-2013-0032>
- Janssens, J., Myin-Germeys, I., Lafit, G., Achterhof, R., Hagemann, N., Hermans, K. S. F. M., Hiekkaranta, A. P., Lecei, A., & Kirtley, O. J. (2023). Lifetime and current Self-Harm thoughts and behaviors and their relationship to parent and peer attachment. *Crisis: The*

*Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 44(5), 424–432.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000878>

Joiner T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.

Jung, E., Pick, O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., & Goth, K. (2013). Identity development in adolescents with mental problems. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-26>

Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>

Karthick, S., & Barwa, S. (2017). A review on theoretical models of suicide. *International Journal of Advances in Scientific Research*, 3(9), 101. <https://doi.org/10.7439/ijasr.v3i9.4382>

Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21–37. <https://doi.org/10.1177/1745691610393527>

Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Adolescent NSSI and recovery. *Youth & Society*, 50(8), 1056–1077. <https://doi.org/10.1177/0044118x16653153>

Kernberg, O. (1978). The diagnosis of borderline conditions in adolescence. In: S. Feinstein & P. Giovacchini (ed.), *Adolescent Psychiatry* (298-319). Chicago: University of Chicago Press.

Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Basic Books.

Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. (2010). Nonsuicidal Self-Injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 240–259. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.090110>

Kim, G.M., Kim, J., Hyun, M. K., Choi, S. i Woo, J.M. (2019). Comparison of the risk factors of Korean adolescent suicide residing in high suicidal regions versus those in low

suicidal regions. *Psychiatra Danubina*, 31(4), 397-404.  
<https://doi.org/10.24869/psyd.2019.397>

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2–3), 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>

Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981–1986. <https://doi.org/10.1017/s0033291710002497>

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J., & Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a Predictor of Attempted Suicide among First Admission Patients with Psychosis: A 10-year Cohort Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2011.00066.x>

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “Ideation-to-Action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

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), 231–237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>

Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.22>

- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, *22*, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Klonsky, E. D., Qiu, T., & Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000294>
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(4), 381–389. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x>
- Kõlves, K., & De Leo, D. (2016). Suicide methods in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0865-y>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057–1067. doi:10.1017/s0033291721001355
- Kovács, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual Emotion-Regulation Therapy for Childhood Depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 892–903. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222878.74162.5a>
- Kranzler, A., Fehling, K. B., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2016). Emotional dysregulation, internalizing symptoms, and self-injurious and suicidal behavior: Structural equation modeling analysis. *Death Studies*, *40*(6), 358–366. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1145156>

- Lattie, E. G., Adkins, E. C., Winquist, N., Stiles-Shields, C., Wafford, Q. E., & Graham, A. K. (2019). Digital Mental Health Interventions for Depression, Anxiety, and Enhancement of Psychological Well-Being among College Students: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 21*(7), e12869. <https://doi.org/10.2196/12869>
- Lavy, S. (2019). A Review of Character Strengths Interventions in Twenty-First-Century Schools: their Importance and How they can be Fostered. *Applied Research in Quality of Life, 15*(2), 573–596. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9700-6>
- Lear, M. K., & Pepper, C. M. (2016). Self-Concept clarity and emotion dysregulation in nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Personality Disorders, 30*(6), 813–827. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_232](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_232)
- Leckman, J. F., Sholomskas, D. E., Thompson, D., Belanger, A., & Weissman, M. M. (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry, 39*(8), 879-883. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290080001001>
- Leite, V. F., Ferreira, J., Veiga, L., & Garrido, J. A. (2017). Non suicidal self injury in adolescence: Psychosocial Predictors. *Journal of General Practice, 5*(5). <https://doi.org/10.4172/2329-9126.1000332>
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry, 2*(6), 524–531. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00165-0)
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Sornberger, M. J., & Arbuthnott, A. E. (2012). Helpful or harmful? An examination of viewers' responses to nonsuicidal Self-Injury videos on YouTube. *Journal of Adolescent Health, 51*(4), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.01.013>
- Lim, K., Wong, C., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S., & Ho, R. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30469-8)
- Liu, X., Huang, J., Yu, N.X., Qing Li, Q., i Zhu, T. (2020). Mediation Effect of Suicide-Related Social Media Use Behaviors on the Association Between Suicidal Ideation and Suicide Attempt: Cross-Sectional Questionnaire Study. *The Journal of Medical Internet Research*, 22(4):e14940. doi:10.2196/14940
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/s003329170700027x>
- Luyckx, K., Gandhi, A., Bijttebier, P., & Claes, L. (2015). Non-suicidal self-injury in high school students: Associations with identity processes and statuses. *Journal of Adolescence*, 41(1), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.03.003>
- Macuka, I. (2012). Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. *Psihologijske teme* 21(1), 61-82.
- Macuka, I., Smojver-Ažić, S., & Burić, I. (2012). Posredujuća uloga emocionalne regulacije u odnosu roditeljskoga ponašanja i prilagodbe mlađih adolescenata. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 21(2 (116)), 383-403. <https://doi.org/10.5559/di.21.2.05>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., Van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667–677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Mak, W. W. S., Ng, I. S. W., & Wong, C. C. Y. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 610–617. <https://doi.org/10.1037/a0025195>

- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., & John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, *12*(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*(5), 551–558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- Marshall, S. K., Faaborg-Andersen, P., Tilton-Weaver, L., & Stattin, H. (2013). Peer Sexual Harassment and Deliberate Self-Injury: Longitudinal Cross-Lag investigations in Canada and Sweden. *Journal of Adolescent Health*, *53*(6), 717–722. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.06.009>
- Maxfield, B. L., & Pepper, C. M. (2018). Impulsivity and Response Latency in Non-Suicidal Self-Injury: The Role of Negative Urgency in Emotion Regulation. *Psychiatric Quarterly*, *89*(2), 417–426. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9544-5>
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, *58*(1), 593–614. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- McEvoy, D. M., Brannigan, R., Cooke, L., Butler, E., Walsh, C., Arensman, E., & Clarke, M. (2023). Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. *Journal of Psychiatric Research*, *168*, 353–380. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.017>
- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *94*(5), 340-350F. <https://doi.org/10.2471/blt.15.163295>
- Meeus, W. (2011). The Study of Adolescent Identity Formation 2000–2010: A review of Longitudinal research. *Journal of Research on Adolescence*, *21*(1), 75–94. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00716.x>
- Menninger, K. A. (1935). A Psychoanalytic study of the significance of Self-Mutilations. *Psychoanalytic Quarterly*, *4*(3), 408–466. <https://doi.org/10.1080/21674086.1935.11925248>



- Menninger, W. W. (2007). A psychoanalytic perspective on violence. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 115–131. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.2.115>
- Mészáros, G., Horváth, L. O., & Balázs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>
- Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507–524. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2012.00108.x>
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168–189. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00145>
- Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J.A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- MKB-10 (1994). Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema : MKB-10 - deseta revizija Zagreb: Medicinska naklada.
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. <https://doi.org/10.1111/cdep.12238>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324–333. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>

- Muehlenkamp, J. J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2012b). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*(1), 67–80. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2012.00128.x>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012a). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*(1). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, *11*(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- Nahum-Shani, I., Smith, S. N., Spring, B. J., Collins, L. M., Witkiewitz, K., Tewari, A., & S. Murphy, S. A. (2018). Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAI) in Mobile Health: Key Components and Design Principles for Ongoing Health Behavior Support. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, *52*(6), 446–462. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9830-8>
- Nanayakkara, S., Misch, D., Chang, L., & Henry, D. (2013). Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and Anxiety*, *30*(10), 991–996. <https://doi.org/10.1002/da.22143>
- Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2017). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(1), 52–74. <https://doi.org/10.1111/sltb.12335>
- Neacsiu, A. D., Herr, N. R., Fang, C. M., Rodriguez, M. A., & Rosenthal, M. Z. (2014). Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(4), 346–361. <https://doi.org/10.1002/jclp.22141>
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive Self-Injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(11), 1333–1341. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00015>

- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Christine, B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 70(3), 300–310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.28>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.5.885>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140–146. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.1.140>
- Nurmi, J.-E. (2001). Navigating through adolescence: introduction. In: J. E. Nurmi (ed), *Navigating through adolescence. European perspective* (3-18). Routledge Falmer.

- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, *373*(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70222-6)
- Ougrin, D., Tranah, T., Ståhl, 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 and Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 97-107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Ougrin, D., Zundel, T., Kyriakopoulos, M., Banarsee, R., Stahl, D., & Taylor, E. (2012). Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: Clinical characteristics and response to therapeutic assessment. *Psychological Assessment*, *24*(1), 11–20. <https://doi.org/10.1037/a0025043>
- Paradžik, Lj., Bogadi, M., Kordić, A., & Bilić, I. (2022). Karakteristike suicidalnog ponašanja djece i adolescenata. *Medicina Fluminensis*, *58*(3), 258–270. [https://doi.org/10.21860/medflum2022\\_281000](https://doi.org/10.21860/medflum2022_281000)
- Park, H., & Lee, K. (2020). The association of family structure with health behavior, mental health, and perceived academic achievement among adolescents: a 2018 Korean nationally representative survey. *BMC Public Health*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08655-z>
- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *The Lancet*, *369*(9567), 1130–1139. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60366-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60366-3)
- Perlis, M. L., Grandner, M. A., Chakravorty, S., Bernert, R. A., Brown, G. K., & Thase, M. E. (2016). Suicide and sleep: Is it a bad thing to be awake when reason sleeps? *Sleep Medicine Reviews*, *29*, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.10.003>
- Perosa, L. M., & Perosa, S. L. (2001). Adolescent Perceptions of cohesion, Adaptability, and Communication: Revisiting the Circumplex model. *The Family Journal*, *9*(4), 407–419. <https://doi.org/10.1177/1066480701094008>

- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Philipp, J., Zeiler, M. D., Waldherr, K., Truttmann, S., Dür, W., Karwautz, A. F. K., & Wagner, G. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(12), 1325–1337. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1586-y>
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family intervention for Adolescents with Suicidal Behavior: a randomized Controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(8), 851–862. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.015>
- Pittman, J. F., Keiley, M. K., Kerpelman, J. L., & Vaughn, B. E. (2011). Attachment, Identity, and Intimacy: parallels between Bowlby's and Erikson's paradigms. *Journal of Family Theory and Review*, *3*(1), 32–46. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00079.x>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *2*(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M. M., Stanley, B., & Davies, M. M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's Pediatric Suicidal risk Analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, *164*(7), 1035-1043. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.7.1035>
- Poudel, A., Lamichhane, A., Magar, K. R., & Khanal, G. P. (2022). Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*, *22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03763-z>
- Proctor, C., Tsukayama, E., Wood, A. M., Maltby, J., Eades, J. F., & Linley, P. A. (2011). Strengths Gym: The impact of a character strengths-based intervention on the life satisfaction and well-being of adolescents. *The Journal of Positive Psychology*, *6*(5), 377–388. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.594079>

- Quinlan, D. M., Swain, N., & Vella-Brodrick, D. (2011). Character strengths interventions: building on what we know for improved outcomes. *Journal of Happiness Studies*, *13*(6), 1145–1163. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9311-5>
- Raemen, L., Luyckx, K., Palmeroni, N., Verschueren, M., Gandhi, A., Grobler, A., & Claes, L. (2021). Trauma and self-harming behaviors in high school students: The mediating role of identity formation. *Journal of Adolescence*, *92*(1), 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.08.004>
- Ravens-Sieberer, U., & Kurth, B. (2008). The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(S1), 10–21. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1002-3>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *50*(5–6), 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Reichl, C., Brunner, R., Bender, N., Parzer, P., Koenig, J., Resch, F., & Kaess, M. (2019). Adolescent nonsuicidal self-injury and cortisol response to the retrieval of adversity: A sibling study. *Psychoneuroendocrinology*, *110*, 104460. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104460>
- Rezo Bagarić, I., Sušac, N. i Rajhvajn Bulat, L. (2023). Samoozljeđivanje i suicidalnost srednjoškolaca prije i tijekom pandemije COVID-19. *Socijalna psihijatrija*, *51*(1), 3-29. <https://doi.org/10.24869/spsih.2023.3>
- Rodríguez-Blanco, L., Carballo, J. J., León, S., & Baca-García, E. (2021). A longitudinal study of adolescents engaged in Non-Suicidal Self Injury (NSSI): clinical follow-up from adolescence to young adulthood. *Psychiatry Research*, *297*, 113711. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113711>
- Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *51*(12), 1304-1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>

- Rotolone, C., & Martin, G. (2012). Giving Up Self-Injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current Self-Injurers. *Archives of Suicide Research*, *16*(2), 147–158. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.667333>
- Rucker, D. D., Preacher, K. J., Tormala, Z. L., & Petty, R. E. (2011). Mediation Analysis in Social Psychology: Current practices and new recommendations. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(6), 359–371. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00355.x>
- Rudan, V., Begovac, I., Szivovicza, L., Filipović, O., & Skočić, M. (2005). The Child Behavior Checklist Teacher Report Form and Youth Self Report Problem Scales in a Normative Sample of Croatian Children and Adolescents Aged 7-18. *Collegium Antropologicum*, *29*(1), 17-26.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thaper, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Publishing.
- Schlüter-Müller, S., Goth, K., Jung, E., & Schmeck, K. (2015). Assessment and Treatment of Identity Pathology During Adolescence. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *3*(1), 63-70.
- Schwartz, S. J. (2001). The Evolution of Eriksonian and, Neo-Eriksonian Identity Theory and Research: A Review and Integration. *Identity*, *1*(1), 7–58. <https://doi.org/10.1207/s1532706xschwartz>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2007). Daydreaming about death. *Behavior Modification*, *31*(6), 867–879. <https://doi.org/10.1177/0145445507300874>
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*(2), 167–175. <https://doi.org/10.1037/a0024405>
- Semple, D., Smyth, R., Burns, J., Rajan, D., & McIntosh, A. (2005). *Oxford Handbook of psychiatry*. Oxford University press.
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological Momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*(1), 1–32. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>

- Shorey, S., Ng, E.D., & Wong, C.H.J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Sičić M., & Mužinić L. (2008). Faktori rizika kod pojave samoozljeđivanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(1), 49-68.
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. N. (2009). Adolescent Deliberate Self-Harm: linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence*, 19(1), 75–91. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00582.x>
- Sivertsen, B., O'Connor, R. C., Nilsen, S. A., Heradstveit, O., Askeland, K. G., Bøe, T., & Hysing, M. (2023). Mental health problems and suicidal behavior from adolescence to young adulthood in college: linking two population-based studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(2), 421–429. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02167-y>
- Snowdon, J. (2018). Differences between patterns of suicide in East Asia and the West. The importance of sociocultural factors. *Asian Journal of Psychiatry*, 37, 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.08.019>
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 266–278. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2012.0088.x>
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y., & Mann, J. J. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.028>
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. W. (2004). The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 438–445. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00364.x>



- Steinhausen, H. C. (2013). Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? *Zeitschrift Für Kinder Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 41(6), 419–431. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000258>
- Stewart, J., Esposito, E. C., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. P. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031>
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)
- Swanson, S. A., & Colman, I. (2013). Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *Canadian Medical Association Journal*, 185(10), 870–877. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121377>
- Taasoobshiraz, G., & Wang, S. (2016). The performance of the SRMR, RMSEA, CFI, and TLI: An examination of sample size, path size, and degrees of freedom. *Journal of Applied Quantitative Methods*, 11(3), 31-39.
- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2012). Factors Distinguishing Youth who Report Self-Injurious Behavior: A Population-Based Sample. *Academic Pediatrics*, 12(3), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008>
- Tamás, Z., Kovács, M., Gentzler, A. L., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K., & Vetró, Á. (2007). The Relations of Temperament and Emotion Self-regulation with Suicidal Behaviors in a Clinical Sample of Depressed Children in Hungary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 640–652. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9119-2>
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., Zhang, P., & Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PloS one*, 6(4), e17977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017977>
- Tang, T., Jou, S., Ko, C., Huang, S., & Yen, C. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and

parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 463–470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x>

Tang, W., Lin, M., Wu, J., Lee, Y., & You, J. (2022). Mediating role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00477-8>

Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2013). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885–896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>

Taylor, L., Oliver, C., & Murphy, G. (2011). The chronicity of self-injurious behaviour: A long-term follow-up of a total population study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(2), 105–117. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00579>

Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>

Thomas, D., & Bonnaire, C. (2023). Non-Suicidal Self-Injury and Emotional Dysregulation in male and female young Adults: a Qualitative study. *Soa.Cheongsonyeonjeongsinuihak*, 34(3), 159–168. <https://doi.org/10.5765/jkacap.230033>

Thompson, R. A. (1994). Emotional regulation: a theme in search for definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

Tomac, A. (2015). *Psihopatološke specifičnosti adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem*. (Doktorska disertacija) Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Toukhy, N., Ophir, S., Stukalin, Y., Halabi, S., & Hamdan, S. (2022). The relationship between non-suicidal self-injury, identity conflict, and risky behavior among Druze adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.938825>

- Tripković, M., Bakija, I., Sindik, J., Marlais, M., & Zečević, I. (2017). Family financial situation, parental marital status and self-harm amongst adolescents in Croatia. *Acta Clinica Croatica*, 56(3), 469-477. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.03.14>
- Tripković, M., Frančišković, T., Grgić, N., Ercegović, N., Graovac, M., Zečević, I. (2013). Family Factors Associated with Auto-aggressiveness in Adolescents in Croatia. *Collegium Antropologicum* 37(4), 1081-1088.
- Tripković, M., Sarajlić Vuković, I., Frančišković, T., Vuk Pisk, S., & Krnić, S. (2014). Depression and auto-aggressiveness in adolescents in Zagreb. *Psychiatria Danubina* 26(3), 422–427. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25536978>
- Tschan, T., Schmid, M., & In-Albon, T. (2015). Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0051-x>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2)
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576–585. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>
- UNICEF. (2021). The State of the World's Children 2021. <https://data.unicef.org/resources/sowc-2021/>. Pristupljeno 14.4.2023.
- Van Meter, A., Knowles, E. A., & Mintz, E. H. (2023). Systematic review and Meta-analysis: International prevalence of Suicidal ideation and Attempt in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(9), 973–986. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.867>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Van der Zanden, R., & Van der Linden, D. (2013). Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de Jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut. <http://docplayer.nl/16500233-Evaluatieonderzoek-happyles-den-haag.html>.

Vergara, G. A., Stewart, J., Cosby, E. A., Lincoln, S. H., & Auerbach, R. P. (2019). Non-Suicidal self-injury and suicide in depressed Adolescents: Impact of peer victimization and bullying. *Journal of Affective Disorders*, 245, 744–749. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.084>

Vartanian, L. R., Hayward, L. E., Smyth, J. M., Paxton, S. J., & Touyz, S. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 322–330. <https://doi.org/10.1002/eat.22835>

Voss, C., Hoyer, J., Venz, J., Pieper, L., & Beesdo-Baum, K. (2020). Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: An epidemiological-study among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(6), 496–508. <https://doi.org/10.1111/acps.13237>

Wang, S. B., Coppersmith, D. D. L., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., Millner, A. J., Fortgang, R., Mair, P., Dempsey, W., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2021). A pilot study using frequent inpatient assessments of suicidal thinking to predict Short-Term Postdischarge Suicidal behavior. *JAMA Network Open*, 4(3), e210591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0591>

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M. M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balázs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Häring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., . . . Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61213-7)

Waterman, A. S. (2020). “Now what do I do?”: Toward a conceptual understanding of the effects of traumatic events on identity functioning. *Journal of Adolescence*, 79(1), 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.11.005>

- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment, 21*(4), 616–621. <https://doi.org/10.1037/a0016669>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied & Preventive Psychology, 12*(4), 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in Nonsuicidal Self-Injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., & Kress, V. E. (2013). Nonsuicidal Self-Injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health, 52*(4), 486–492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry, 168*(5), 495–501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
- Wolff, J., Frazier, E. A., Esposito-Smythers, C., Burke, T., Sloan, E., & Spirito, A. (2013). Cognitive and Social Factors Associated with NSSI and Suicide Attempts in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(6), 1005–1013. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9743-y>
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K. M., Frazier, E. A., & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry, 59*, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>
- World Health Organization.(2021). Mental health of adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Pristupljeno 14.4.2023.

- Worsley, J., Pennington, A., & Corcoran, R. (2022). Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. *PLOS ONE*, *17*(7), e0266725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266725>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
- Yamokoski, C. A., Scheel, K. R., & Rogers, J. R. (2011). The role of affect in suicidal thoughts and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *41*(2), 160–170. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2011.00019.x>
- Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., & Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-137>
- Zetterqvist, M., Lundh, L., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
- Zhu, L., Westers, N. J., Horton, S. E., King, J. D., Diederich, A., Stewart, S. M., & Kennard, B. D. (2016). Frequency of exposure to and engagement in nonsuicidal self-injury among inpatient adolescents. *Archives of Suicide Research*, *20*(4), 580–590. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1162240>
- Zieve, G. G., Dong, L., & Harvey, A. G. (2019). Patient Memory for Psychological Treatment Contents: assessment, intervention, and future directions for a novel transdiagnostic Mechanism of change. *Behaviour Change*, *36*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1017/bec.2019.1>

## 8. ŽIVOTOPIS AUTORICE

Ljubica Paradžik specijalist je psihijatrije i subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije zaposlena kao liječnik specijalist u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež u Zagrebu. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 2000. godine. Specijalizaciju iz psihijatrije je završila 2008. godine, užu specijalizaciju iz dječje i adolescentne psihijatrije 2013. godine, a naslov primarijusa priznat joj je 2018. godine od strane Ministarstva zdravstva. Završila je edukaciju iz kognitivno-bihevioralne terapije s licencom Europskog udruženja za bihevioralne i kognitivne terapije, EABCT (eng. *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*).

Područje rada i interesa je problematika dječje i adolescentne dobi, rad na prevenciji i liječenju mentalnih poremećaja, te jačanju osobnih kapaciteta djeteta i cijele obitelji. Aktivno je sudjelovala na više domaćih i međunarodnih kongresa, simpozija i konferencija. Autor je i koautor više publikacija objavljenih u domaćim i međunarodnim stručnim i znanstvenim časopisima.

Popis objavljenih radova:

- **Paradžik**, Lj., Bogadi, M., Kordić, A., & Bilić, I. (2022). Karakteristike suicidalnog ponašanja djece i adolescenata - prikaz podataka Hitne ambulante Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež u Zagrebu tijekom 2019. i 2020. godine. *Medicina Fluminensis*, 58(3), 258-270. [https://doi.org/10.21860/medflum2022\\_281000](https://doi.org/10.21860/medflum2022_281000)
- **Paradžik**, Lj., Novak, M., & Ferić, M. (2022). Obilježja obitelji djece uključene u psihijatrijski tretman. *Medicina Fluminensis*, 58(2), 183-197. [https://doi.org/10.21860/medflum2022\\_275142](https://doi.org/10.21860/medflum2022_275142)
- Kordić, A., Sfeci, D., Slavčić, L., & **Paradžik**, Lj. (2020). Kognitivno-bihevioralna terapija djeteta sa selektivnim mutizmom. *Medicina Fluminensis*, 56(2), 178-184. [https://doi.org/10.21860/medflum2020\\_237305](https://doi.org/10.21860/medflum2020_237305)
- **Paradžik**, Lj., Zečević, I., Kordić, A., Boričević Maršanić, V., Ercegović, N., Karapetrić Bolfan, Lj., & Šarić, D. (2019). Školska fobija-kad strah drži djecu daleko od škole, uz prikaz slučaja i terapijskog tretmana. *Socijalna psihijatrija*, 47(2), 214-231. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.214>
- **Paradžik**, Lj., & Boričević Maršanić, V. (2019). Major Depressive Disorder in an Adolescent Girl Living with a Mother Who is Emotionally Unavailable. *Psychiatric Annals*, 49(1), 30-32. <https://doi.org/10.3928/00485713-20181129-01>

## **9. PRILOZI**

Prilog 1. Informirani pristanak/suglasnost o sudjelovanju u istraživanju za dijete / adolescenta

Prilog 2. Upitnici za dijete/adolescenta (prva stranica)

Prilog 3. Informirani pristanak roditelji/ suglasnost o sudjelovanju djeteta u istraživanju i davanju sociodemografskih podataka

Prilog 4. Upitnik za roditelja (prva stranica)

Prilog 5. Mjerni instrumenti

Prilog 5a. Izvješće za mlade od 11 – 18 godina

Prilog 5b. Upitnik procjene obitelji

Prilog 5c. Upitnik poteškoća emocionalne regulacije

Prilog 5d. Inventar namjernog samoozljeđivanja

Prilog 5e. Upitnik sociodemografskih podataka



Prilog 1. Informirani pristanak/suglasnost o o sudjelovanju u istraživanju za dijete / adolescenta



PSIHIJATRIJSKA BOLNICA ZA DJECU I MLADEŽ ZAGREB  
ULICA IVANA KUKULJEVIĆA 11, ZAGREB

**INFORMIRANJE DJETETA/ADOLESCENTA I SUGLASNOST O SUDJELOVANJU  
U ISTRAŽIVANJU**

**Poštovani adolescentu/adolescentice,**

Ovim putem te želim obavijestiti da se u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb provodi istraživanje pod naslovom "Doprinos emocionalne regulacije, obiteljskih čimbenika i odrednica identiteta pojašnjenju autoagresivnog ponašanja adolescenta", te ti se obraćam sa zamolbom za sudjelovanje.

Poznato je da je adolescencija zahtjevno razvojno razdoblje kada može doći do porasta emocionalnih i ponašajnih poteškoća kod mladih te također i do pojavljivanja autoagresivnih ponašanja.

Cilj istraživanja je ispitati 100 adolescenta oba spola, dobi između 12 i 18 godina te faktora koji mogu biti povezani s autoagresivnim ponašanjem mladih.

U ovom istraživanju bismo željeli ispitati povezanost emocionalne regulacije, obiteljskih čimbenika i odrednica identiteta te autoagresivnog ponašanja adolescenta.

Očekujemo da će rezultati istraživanja poboljšati naša saznanja, pomoći u razumijevanju autoagresivnog ponašanja mladih, pomoći što ranije u prepoznavanju, preventivnom djelovanju i liječenju mladih s emocionalnim poteškoćama te s autoagresivnim ponašanjem.

Ti si već obavio/la prvi pregled u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb, te je preporučeno uključivanje u tretman.

Pozivam/o te na sudjelovanje u istraživanju jer nam je važno čuti tvoje mišljenje. Sve informacije koje ćemo u ovom istraživanju prikupiti su anonimne, a svi podaci povjerljivi.

Nećemo te tražiti da upišeš niti ime niti prezime na upitniku te ćemo na taj način zaštititi tvoju privatnost. Također nećemo tražiti tvog roditelja/skrbnika da upiše svoje ime i prezime na upitniku za sociodemografske podatke.

Podaci dobiveni u upitnicima vodit će se pod šifriranom oznakom; te neće postojati mogućnost povezivanja odgovora iz upitnika s tobom. U izvještavanju o rezultatima istraživanja individualni podaci nikad neće biti objavljeni, koristit će se grupni rezultati, te će se podaci koristiti isključivo u znanstvene svrhe.

Tvoja odluka o sudjelovanju u istraživanju je dobrovoljna. Možeš odlučiti i o nesudjelovanju. Odbijanje sudjelovanja u ispitivanju neće rezultirati nikakvom kaznom ili pak gubljenjem bilo kakvih prava. Također ukoliko si se odlučio/la sudjelovati u istraživanju, u svakom se trenutku možeš predomisлити i prekinuti svoje sudjelovanje. Provoditeljica istraživanja će biti prisutna tijekom ispunjavanja upitnika te ćeš ju u svakom trenutku ukoliko će biti potrebno moći pitati za dodatna pojašnjenja.

Ispunjavanjem upitnika bit ćeš pozvan/a na introspekciju koja može dovesti do dubljih razmišljanja o sebi što se može protumačiti kao prilika za rad na sebi ali može stvoriti i određenu neugodu. U takvim situacijama provoditeljica istraživanja (dr Ljubica Paradžik-psihijatar) će ta pitanja i situacije razmotriti te će ti nakon procjene sukladno eventualnim poteškoćama ponuditi pomoć/intervenciju.

Unaprijed ti zahvaljujem na razumijevanju, te ukoliko se slažeš sa sudjelovanjem u istraživanju molila bih te da potpišeš pristanak.

Za sve dodatne informacije vezane za tvoje sudjelovanje za vrijeme i nakon istraživanja molim te slobodno me kontaktiraj na mail [ljubica.paradzik@gmail.com](mailto:ljubica.paradzik@gmail.com) ; [ljubica.paradzik@djecja-psihijatrija.hr](mailto:ljubica.paradzik@djecja-psihijatrija.hr) ili na telefon 01 48 62 559 (dr Ljubica Paradžik).

**PRISTAJEM SUDJEVATI U ISTRAŽIVANJU (ime djeteta)**

---

**Razumijem cilj provedbe istraživanja i zašto se provodi.**

---

**POTPIS DJETETA/ADOLESCENTA**

---

**MJESTO I DATUM**

Prilog 2. Upitnici za dijete/adolescenta (prva starnica)



UPITNICI ZA DJECU/ADOLESCENTE

**Zahvaljujemo ti što ćeš sudjelovati u ovom istraživanju!**

Tema ovog istraživanja koje provodimo u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb vezana je uz autoagresivno ponašanje adolescenata te nam je važno tvoje mišljenje i ponašanje vezano uz navedenu temu. Stoga **nema točnih i netočnih odgovora**. Najvažnije je odgovoriti **na sva pitanja**, te da odgovori budu u skladu s tvojim mišljenjem, osjećanjem i ponašanjem. Molimo te da pri odgovaranju budeš **potpuno iskren/a**.

**Ispunjavanje je potpuno anonimno: Tvoj identitet se nikako neće moći povezati s dobivenim podacima!** Nigdje ne trebaš upisati svoje ime i prezime. Na upitnike ćemo upisati šifriranu oznaku te neće biti mogućnosti povezivanja šifre i tvog imena.

Dobiveni podaci pomoći će nam **da bolje razumijemo** autoagresivno ponašanje mladih tijekom adolescencije, te se stoga nadamo i boljem preventivnom djelovanju i liječenju mladih s poteškoćama te s autoagresivnim ponašanjem. Sveukupno je pet upitnika, a ispunjavanje svih upitnika će trajati oko 60-70 minuta  
Slijede upitnici.

*Hvala Ti na suradnji!*

**JAKO NAM JE VAŽNO DA NA OVOM MJESTU UPIŠEŠ SVOJU ŠIFRU KOJU ĆEŠ KREIRATI NA SLJEDEĆI NAČIN.**

**UPIŠI ŠIFRU NA SLJEDEĆI NAČIN: IME BAKE PO MAJCI, TE SVOJ KUĆNI BROJ**

**ŠIFRA:** \_\_\_\_\_

### Prilog 3. Informirani pristanak roditelji/suglasnost o sudjelovanju djeteta u istraživanju



PSIHIJATRIJSKA BOLNICA ZA DJECU I MLADEŽ ZAGREB  
ULICA IVANA KUKULJEVIĆA 11, ZAGREB

#### INFORMIRANJE RODITELJA/SKRBNIKA I SUGLASNOST O SUDJELOVANJU DJETETA U ISTRAŽIVANJU

##### Poštovani roditelji/skrbnici,

Ovim putem Vas želim obavijestiti da se u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb provodi istraživanje pod naslovom "Doprinos emocionalne regulacije, obiteljskih čimbenika i odrednica identiteta pojašnjenju autoagresivnog ponašanja adolescenata", te Vam se obraćam sa zamolbom za sudjelovanje.

Poznato je da je adolescencija zahtjevno razvojno razdoblje kada može doći do porasta emocionalnih i ponašajnih poteškoća kod mladih te također i do pojavljivanja autoagresivnih ponašanja.

Cilj istraživanja je ispitati 100 adolescenata oba spola, dobi između 12 i 18 godina te faktora koji mogu biti povezani s autoagresivnim ponašanjem mladih.

U ovom istraživanju bismo željeli ispitati povezanost emocionalne regulacije, obiteljskih čimbenika i odrednica identiteta te autoagresivnog ponašanja adolescenata.

Očekujemo da će rezultati istraživanja poboljšati naša saznanja, pomoći u razumijevanju autoagresivnog ponašanja mladih, pomoći što ranijem prepoznavanju, preventivnom djelovanju i liječenju mladih s emocionalnim poteškoćama te s autoagresivnim ponašanjem.

Vaše dijete je već obavilo prvi pregled u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb, te je preporučeno uključivanje u tretman.

Zamoliti ćemo Vaše dijete da ispuni upitnike: Upitnik procjene razvoja identiteta u adolescenciji; Upitnik procjene obitelji, Upitnik poteškoća emocionalne regulacije; Inventar namjernog samoozljeđivanja; Izvješće za mlade od 11 do 18 godina. Vas roditelje/skrbnike ćemo zamoliti za sociodemografske podatke.

Sve informacije koje ćemo u ovom istraživanju prikupiti su anonimne, a svi podaci povjerljivi. Vaše dijete nećemo tražiti da upiše niti ime niti prezime na upitnike te ćemo na taj način zaštititi njegovu privatnost. Također nećemo tražiti da upišete svoje ime i prezime (roditelj/skrbnik) na upitniku za sociodemografske podatke. Podaci dobiveni u upitnicima vodit će se pod šifriranom oznakom; te neće postojati mogućnost povezivanja odgovora iz upitnika s određenim djetetom.

U izvještavanju o rezultatima istraživanja individualni podaci nikad neće biti objavljeni, koristit će se grupni rezultati, te će se podaci koristiti isključivo u znanstvene svrhe.

Vaša odluka o sudjelovanju u istraživanju je dobrovoljna. Možete odlučiti i o nesudjelovanju. Odbijanje sudjelovanja u ispitivanju neće rezultirati nikakvom kaznom ili pak gubljenjem bilo kakvih prava. Također ukoliko ste se odlučili sudjelovati u istraživanju, u svakom se trenutku možete predomisliti i prekinuti svoje sudjelovanje. Provoditeljica istraživanja će biti prisutna tijekom ispunjavanja upitnika te ćete ju u svakom trenutku ukoliko će biti potrebno moći pitati za dodatna pojašnjenja.

Ispunjavanjem upitnika adolescent i roditelj/skrbnik će biti pozvani na introspekciju koja može dovesti do dubljih razmišljanja o sebi što se može protumačiti kao prilika za rad na sebi ali može stvoriti i određenu neugodu. U takvim situacijama provoditeljica istraživanja (dr Ljubica Paradžik-psihijatar) će ta pitanja i situacije razmotriti te će sudioniku nakon procjene sukladno eventualnim poteškoćama ponuditi pomoć/intervenciju.

Unaprijed Vam zahvaljujem na razumijevanju, te Vas molim ukoliko se slažete sa sudjelovanjem u istraživanju da potpišete pristanak.

Za sve dodatne informacije vezane za Vaše sudjelovanje za vrijeme i nakon istraživanja molim Vas slobodno me kontaktirajte na mail [ljubica.paradzik@gmail.com](mailto:ljubica.paradzik@gmail.com); [ljubica.paradzik@djecja-psihijatrija.hr](mailto:ljubica.paradzik@djecja-psihijatrija.hr) ili na telefon 01 48 62 559 (dr Ljubica Paradžik).

**PRISTAJEM I DAJEM DOZVOLU DA (ime djeteta)**

\_\_\_\_\_

**sudjeluje u ovom istraživanju. Razumijem cilj provedbe istraživanja i zašto se provodi.**

\_\_\_\_\_

**POTPIS RODITELJA/SKRBNIKA**

**Suglasan/na sam s davanjem sociodemografskih podataka:**

\_\_\_\_\_

**POTPIS RODITELJA/SKRBNIKA**

\_\_\_\_\_

**MJESTO I DATUM**

Prilog 4. Upitnik za roditelje (prva stranica)



UPITNIK ZA RODITELJA/SKRBNIKA

**Poštovani roditelji/skrbnici**

**Zahvaljujemo Vam što ćete sudjelovati u ovom istraživanju!**

Tema ovog istraživanja koje provodimo u Psihijatrijskoj bolnici za djecu i mladež Zagreb vezana je uz autoagresivno ponašanje adolescenata te nam je važno dobiti mišljenje Vaše djece. Također su nam važni sociodemografski podaci, te ćemo Vas moliti da Vi odgovorite na Upitnik sociodemografskih podataka koji slijedi u prilogu. Najvažnije je odgovoriti **na sva pitanja**, te da odgovori budu točni i iskreni.

**Ispunjavanje je potpuno anonimno: Vaš identitet i identitet djeteta se nikako neće moći povezati s dobivenim podacima!** Nigdje ne trebate upisati svoje ime i prezime. Na upitnike ćemo upisati šifriranu oznaku te neće biti mogućnosti povezivanja šifre i tvog imena.

Dobiveni podaci pomoći će nam **da bolje razumijemo** autoagresivno ponašanje mladih tijekom adolescencije, te se stoga nadamo i boljem preventivnom djelovanju i liječenju mladih s poteškoćama te s autoagresivnim ponašanjem. Ispunjavanje upitnika će trajati oko 15 minuta.

Dalje slijedi upitnik: Upitnik sociodemografskih podataka.

*Hvala Vam na suradnji!*

**JAKO NAM JE VAŽNO DA NA OVOM MJESTU UPIŠETE ŠIFRU KOJU ĆETE KREIRATI NA SLJEDEĆI NAČIN: IME BAKE (BAKE VAŠEG DJETETA PO MAJCI, KUĆNI BROJ DJETETOVOG PREBIVALIŠTA)**

**ŠIFRA:** \_\_\_\_\_

Prilog 5. Mjerni instrumenti

Prilog 5a. Izvješće za mlade od 11 – 18 godina

IZVJEŠĆE ZA MLADE OD 11-18 GODINA

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

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

Niže se nalazi popis tvrdnji koje opisuju mlade. Za svaku tvrdnju koja te opisuje sada ili u prošlih 6 mjeseci, molimo da zaokružiš 2 ako je tvrdnja vrlo točna ili često točna. Zaokruži 1 ako je tvrdnja ponekad ili donekle točna. Ako nije točna, zaokruži 0.

0 = NIJE TOČNO      1 = PONEKAD ILI DONEKLE JE TOČNO      2 = VRLO ILI ČESTO JE TOČNO

0 1 2	1. Ponašam se predjetinjasto za svoje godine	0 1 2	33. Osjećam da me nitko ne voli
0 1 2	2. Konzumiram alkohol bez znanja roditelja (opiši): _____	0 1 2	34. Osjećam da me drugi progone
0 1 2	3. Puno se prepirem	0 1 2	35. Osjećam se bezvrijedno ili manje vrijedno
0 1 2	4. Što započnem, ne dovršim	0 1 2	36. Često se slučajno povrijedim
0 1 2	5. Uživam u malo stvari	0 1 2	37. Često sudjelujem u tučama
0 1 2	6. Volim životinje	0 1 2	38. Često me zadirkuju
0 1 2	7. Volim se hvaliti	0 1 2	39. Družim se s djecom koja zapadaju u nevolje
0 1 2	8. Teško se koncentriram ili posvećujem pozornost nečemu	0 1 2	40. Čujem zvukove ili glasove za koje drugi misle da ne postoje (opiši): _____
0 1 2	9. Ne mogu se osloboditi nekih misli; opsesije (opiši): _____	0 1 2	41. Djelujem bez da prethodno promislim
0 1 2	10. Teško mirno sjedim	0 1 2	42. Radije bih bio/bila sam/sama nego sa drugima
0 1 2	11. Previše sam ovisan o odraslima	0 1 2	43. Lažem ili varam
0 1 2	12. Osjećam se osamljeno	0 1 2	44. Grizem nokte
0 1 2	13. Osjećam se zbunjeno ili kao u magli	0 1 2	45. Nervozan/na sam ili napet/a
0 1 2	14. Puno plačem	0 1 2	46. Djelovi mog tijela se trzaju ili se nervozno miču (opiši) _____
0 1 2	15. Prilično sam iskren/iskrena	0 1 2	47. Imam noćne more
0 1 2	16. Zao/Zla sam prema drugima	0 1 2	48. Druga djeca me ne vole
0 1 2	17. Puno sanjaram	0 1 2	49. Neke stvari radim bolje od većine djece
0 1 2	18. Namjerno se pokušavam povrijediti ili ubiti	0 1 2	50. Previše sam strašljiv/a ili tjeskoban/na
0 1 2	19. Tražim puno pažnje	0 1 2	51. Osjećam vrtoglavicu ili ošamućenost

- 0 1 2 20. Uništavam vlastite stvari
- 0 1 2 21. Uništavam stvari koji pripadaju drugima
- 0 1 2 22. Ne slušam roditelje
- 0 1 2 23. Ne slušam u školi
- 0 1 2 24. Ne jedem koliko bih trebao/trebala
- 0 1 2 25. Ne slažem se s ostalom djecom
- 0 1 2 26. Ne osjećam se krivim nakon što napravim nešto što ne bih smio/smjela
- 0 1 2 27. Ljubomorana/na sam
- 0 1 2 28. Kršim pravila kod kuće, u školi i na drugim mjestima
- 0 1 2 29. Bojim se nekih životinja, situacija ili mjesta, osim škole (opiši): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 30. Bojim se ići u školu
- 0 1 2 31. Bojim se da bih mogao/la pomisliti ili učiniti nešto loše
- 0 1 2 32. Osjećam da moram biti savršen/savršena

- 0 1 2 52. Osjećam se previše krivim
- 0 1 2 53. Previše jedem
- 0 1 2 54. Osjećam se premoreno bez valjanog razloga
- 0 1 2 55. Imam previše kila
- 0 1 2 56. Tjelesni problemi bez poznatih medicinskih uzroka:
  - 0 1 2 a. tegobe ili bolovi ( ne glavobolja ili bol u truhu)
  - 0 1 2 b. glavobolje
  - 0 1 2 c. mučnina, slabost
  - 0 1 2 d. problemi s očima (ne oni koji se ispravljaju nošenjem naočala) (opiši): \_\_\_\_\_
  - 0 1 2 e. osip ili drugi problemi s kožom
  - 0 1 2 f. bolovi u truhu ili grčevi
  - 0 1 2 g. povraćanje, bljuvanje
  - 0 1 2 h. drugo (opiši): \_\_\_\_\_

Molimo provjeri jesi li odgovorio/la na sva pitanja!

Molimo piši štampanim slovima! Odgovori na sva pitanja!

0 = NIJE TOČNO      1 = PONEKAD ILI DONEKLE JE TOČNO      2 = VRLO ILI ČESTO JE TOČNO

- 0 1 2 57. Fizički napadam ljude
- 0 1 2 58. Bodem kožu ili druge dijelove svog tijela (opiši): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 59. Mogu biti prilično prijateljski raspoložen/a
- 0 1 2 60. Volim isprobavati nove stvari
- 0 1 2 61. U školi sam loš/a
- 0 1 2 62. Koordinacija mi je slaba ili sam nespretan/na
- 0 1 2 63. Radije bih bio/bila sa starijom djecom nego s onima mojih godina
- 0 1 2 64. Radije bih bio/bila s mladom djecom nego s onima mojih godina

- 0 1 2 84. Činim stvari koje drugi smatraju čudnima (opiši): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 85. Moje bi misli drugi smatrali čudnima (opiši): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 86. Tvrdoglav/a sam
- 0 1 2 87. Moja raspoloženja ili osjećaji se iznenada mijenjaju
- 0 1 2 88. Uživam biti s drugim ljudima
- 0 1 2 89. Sumnjičav/a sam
- 0 1 2 90. Psujem i koristim proste riječi
- 0 1 2 91. Razmišljam da se ubijem



Prilog 5b. Upitnik procjene obitelji

**UPITNIK PROCJENE OBITELJI (FAD)**

Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i zaokružite jedan broj od 1 do 4 koji se najbolje odnosi na Vašu obitelj. Molim odgovorite na svaku tvrdnju.

		Izrazito se slažem	Slažem se	Ne slažem se	Izrazito se ne slažem
1.	Planiranje bilo kakvih obiteljskih aktivnosti je otežano jer se loše slažemo	1	2	3	4
2.	Kad je netko uzrujan ostali znaju razlog.	1	2	3	4
3.	U krizama se možemo obratiti jedan drugome za podršku	1	2	3	4
4.	Zatvoreni smo u iskazivanju toplih osjećaja prema drugima	1	2	3	4
5.	Ne možemo međusobno razgovarati o tuži koju osjećamo	1	2	3	4
6.	Ne možete reći kako se netko osjeća na osnovu onoga što govori	1	2	3	4
7.	Pojedinci se prihvaćaju onakvi kakvi jesu	1	2	3	4
8.	Pojedinci mogu otvoreno iznijeti probleme a ne ih skrivati	1	2	3	4
9.	Neki od nas naprosto emocionalno ne reagiraju	1	2	3	4
10.	Izbjegavamo razgovarati o našim strahovima i brigama	1	2	3	4
11.	Teško je međusobno razgovarati o nježnim osjećajima	1	2	3	4
12.	Međusobno možemo pokazati svoje osjećaje	1	2	3	4
13.	Ne pokazujemo ljubav jedni za druge	1	2	3	4
14.	Radje govorimo izravno članovima obitelji umjesto da prenosimo poruke preko drugih	1	2	3	4
15.	Puno je ružnih osjećaja u obitelji	1	2	3	4
16.	Često ne govorimo ono što mislimo	1	2	3	4
17.	Osjećamo se prihvaćeni onakvi kakvi jesmo	1	2	3	4
18.	U našoj obitelji nježnost je na drugom mjestu u odnosu na ostalo.	1	2	3	4
19.	Donošenje odluka je problem u našoj kući	1	2	3	4
20.	Iskreni smo jedni prema drugima	1	2	3	4
21.	Sposobni smo donositi odluke o tome kako ćemo riješiti probleme	1	2	3	4
22.	Izražavam nježnost	1	2	3	4
23.	Ne možemo baš dobro zajedno	1	2	3	4
24.	Kad smo ljuti ne razgovaramo jedni s drugima	1	2	3	4
25.	Pouzdamo se jedni u druge	1	2	3	4
26.	Otvoreno plaćemo jedni pred drugima	1	2	3	4
27.	Kada nam se ne sviđa nešto što je drugi učinio, to mu i kažemo	1	2	3	4

Prilog 5c. Upitnik poteškoća emocionalne regulacije

**Skala poteškoća u emocionalnoj regulaciji  
(Difficulties in Emotion Regulation Scale DERS)**

Pažljivo pročitaj svaku tvrdnju i zaokruži samo jedan broj od 1 do 5 za koji smatraš da se odnosi na tebe. Molimo odovorite na svaku tvrdnju.

Rb.		Gotovo nikada	Ponekad	Polovicu vremena	Većinu vremena	Gotovo uvijek
1.	Jasni su mi moji osjećaji	1	2	3	4	5
2.	Obraćam pažnju na to kako se osjećam	1	2	3	4	5
3.	Svoje osjećaje doživljavam preplavljujućima i izvan (vlastite) kontrole	1	2	3	4	5
4.	Ne znam kako se osjećam	1	2	3	4	5
5.	Teško shaćam svoje osjećaje.	1	2	3	4	5
6.	Obraćam pozornost na svoje osjećaje.	1	2	3	4	5
7.	Znam točno kako se osjećam.	1	2	3	4	5
8.	Stalo mi je do toga što osjećam.	1	2	3	4	5
9.	Zbunjen sam oko toga kako se osjećam.	1	2	3	4	5
10.	Kada sam uzrujan/a, spoznajem (prepoznajem i prihvaćam) svoje osjećaje.	1	2	3	4	5
11.	Kada sam uzrujan/a, postajem ljut/a na samog/u sebe jer se tako osjećam.	1	2	3	4	5
12.	Kada sam uzrujan/a, postane mi neugodno jer se tako osjećam.	1	2	3	4	5
13.	Kada sam uzrujan/a, teško izvršavam svoje obaveze.	1	2	3	4	5
14.	Kada sam uzrujan/a, gubim kontrolu.	1	2	3	4	5
15.	Kada sam uzrujan/a, vjerujem da ću dugo ostati u tom stanju	1	2	3	4	5
16.	Kada sam uzrujan/a, vjerujem da ću postati jako depresivan/na	1	2	3	4	5
17.	Kada sam uzrujan/a, vjerujem da su moji osjećaji ispravni i važni.	1	2	3	4	5
18.	Kada sam uzrujan/a, imam poteškoće fokusirati se na druge stvari.	1	2	3	4	5
19.	Kada sam uzrujan/a, osjećam se izvan kontrole.	1	2	3	4	5
20.	Kada sam uzrujan/a, još uvijek mogu obavljati druge stvari.	1	2	3	4	5
21.	Kada sam uzrujan/a, osjećam sram jer se tako osjećam.	1	2	3	4	5
22.	Kada sam uzrujan/a, znam da ću pronaći način da se s vremenom osjećam bolje.	1	2	3	4	5

23.	Kada sam uzrujan/a, osjećam se slabo/nemoćno.	1	2	3	4	5
24.	Kada sam uzrujan/a, osjećam da mogu kontrolirati svoje ponašanje	1	2	3	4	5
25.	Kada sam uzrujan/a, osjećam krivnju zbog toga kako se osjećam.	1	2	3	4	5
26.	Kada sam uzrujan/a, imam poteškoća s koncentracijom.	1	2	3	4	5
27.	Kada sam uzrujan/a, imam poteškoća s kontroliranjem vlastitog ponašanja.	1	2	3	4	5
28.	Kada sam uzrujan/a, vjerujem da ne mogu napraviti ništa da se bolje osjećam.	1	2	3	4	5
29.	Kada sam uzrujan/a, postanem razdražljiv/a zbog toga što se tako osjećam.	1	2	3	4	5
30.	Kada sam uzrujan/a, počinjem se loše osjećati o samom /oj sebi.	1	2	3	4	5
31.	Kada sam uzrujan/a, vjerujem da se jedino mogu prepustiti jadikovanju/kukanju.	1	2	3	4	5
32.	Kada sam uzrujan/a, izgubim kontrolu nad svojim ponašanjem.	1	2	3	4	5
33.	Kada sam uzrujan/a, imam poteškoće misliti na išta drugo.	1	2	3	4	5
34.	Kada sam uzrujan/a, uzmem vremena da shvatim što stvarno osjećam.	1	2	3	4	5
35.	Kada sam uzrujan/a, potrebno mi je dugo vremena da se bolje osjećam .	1	2	3	4	5
36.	Kada sam uzrujan/a, moji osjećaji se čine preplavljujućima.	1	2	3	4	5

Hvala!

Prilog 5d. Inventar namjernog samoozljeđivanja

**INVENTAR NAMJERNOG SAMOOZLJEĐIVANJA**

Ovaj upitnik ispituje različite stvari koje ljudi ponekad čine kako bi se ozljedili. Molim da svako pitanje pročitate pažljivo i iskreno odgovorite. Često ljudi koji sebi rade ovakve stvari zadrže to zbog različitih razloga kao tajnu. Ipak, iskreni odgovori na ova pitanja će nam omogućiti veće razumijevanje i znanje o ovim ponašanjima, kao i najbolji način kako pomoći mladima. Molim, odgovori **DA** na pitanje samo ako si to činio namjerno, ili sa svrhom da sebe ozljediš. Nemoj odgovoriti da ako si nešto napravio/la slučajno, nesretnim slučajem ( npr. spotaknuo/la si se i udario/la glavom prilikom nesreće).

1. Jesi li ikada namjerno rezao/la svoje ručne zglobove, ruke ili druga područja svog tijela (bez namjere da se ubiješ)? ( zaokruži jedno):

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao/la godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakom ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

2 Jesi li ikada namjerno palio/la sebe cigaretom?(zaokruži jedno):

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

3. Jesi li ikada namjerno palio/la sebe s upaljačem ili šibicom ?(zaokruži jedno):

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

4. Jesi li ikada namjerno urezivao/la riječi u svoju kožu?(zaokruži jedno):

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/l prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakom ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

5. Jesi li ikada namjerno urezivao/la slike, ili druge znakove na svoju kožu ?(zaokruži jedno):

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakom ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

6. Jesi li se ikada namjerno jako grebao/la, do pojave krvarenja ili ožiljka?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

7. Jesi li se ikada namjerno grizao/la tako jako da si ošteti/la kožu?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

8. Jesi li ikada namjerno trljao/la brusni papir ("šmirgl papir") o svoje tijelo?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

9. Jesi li ikada namjerno kapao/la kiselinu na vlastitu kožu?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	



10. Jesi li ikada namjerno upotrebljavao/la izbjeljivač ili sredstva za čišćenje pećnice pri ribanju svoje kože ?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

11. Je si li ikada namjerno zabadao/la oštre predmete poput igala, pribadača, spajalica i sl. u svoju kožu? Ne uključujući tetovaže, pirsing uha, pirsing tijela, ili korištenje igala za uporabu droga.

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

**12. Jesi li ikada namjerno trljao/la staklo u svoju kožu?**

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

**13. Jesi li ikada namjerno lomio/la vlastite kosti?**

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

14. Je si li ikada namjerno udarao/la glavom o nešto tako jako da se pojavila masnica ( ozljeda)?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakom ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

15. Jesi li se ikada namjerno udarao/la šakom tako jako da se pojavila masnica (ozljeda)?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakom ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

16. Je si li ikada namjerno sprječavao/la cijeljenje rana?

1. DA	2. NE
-------	-------

Ako jesi odgovori na sljedeća pitanja:

Koliko si imao godina kada si to napravio/la prvi put?	
Koliko si puta to napravio/la?	
Kada je bilo posljednji put kada si to napravio/la?	
Koliko godina to činiš? (Ako to više ne činiš, koliko godina si to činio/la prije no što si prestao/la?)	
Da li je ovakvo ponašanje ikada rezultiralo hospitalizacijom ili dovoljno jakim ozljedom da je bila potrebna medicinska skrb?	

17. Jesi li ikada namjerno činio/la bilo što drugo s namjerom da se ozljediš, a da nije spomenuto u ovom upitniku.?

Ako jesi, što si napravio/la?

---

---

---

---

---

Hvala!

Prilog 5e. Upitnik sociodemografskih podataka

**Upitnik sociodemografskih podataka**

Datum \_\_\_\_\_

- Datum rođenja djeteta \_\_\_\_\_
- Dob djeteta \_\_\_\_\_
- Spol djeteta M      Ž

Roditelji – Majka

- Dob \_\_\_\_\_
- Stručna sprema (zaokružiti)      NKV   SSS   VŠŠ   VSS
- Zaposlenje(zaokružiti)      da      ne
- Dosadašnje/ranije psihijatrijsko liječenje
- Dosadašnja /ranija psihijatrijska dijagnoza      ne      da,      ako da  
\_\_\_\_\_
- Dosadašnje/ranije somatsko liječenje
- Dosadašnja/ranija somatska dijagnoza      ne      da,      ako da  
\_\_\_\_\_
- Trenutno psihijatrijsko liječenje
- Trenutna psihijatrijska dijagnoza      ne      da,      ako da  
\_\_\_\_\_
- Trenutno somatsko liječenje      ne      da,      ako da
- Trenutna somatska dijagnoza \_\_\_\_\_

Roditelji – Otac

- Dob \_\_\_\_\_
- Stručna sprema (zaokružiti)      NKV   SSS   VŠŠ   VSS
- Zaposlenje(zaokružiti)      da      ne

- Dosadašnje/ranije psihijatrijsko liječenje
- Dosadašnja /ranija psihijatrijska dijagnoza      ne      da,      ako da  
\_\_\_\_\_
- Dosadašnje/ranije somatsko liječenje
- Dosadašnja/ranija somatska dijagnoza      ne      da,      ako da  
\_\_\_\_\_
- Trenutno psihijatrijsko liječenje
- Trenutna psihijatrijska dijagnoza      ne      da,      ako da  
\_\_\_\_\_
- Trenutno somatsko liječenje      ne      da,      ako da
- Trenutna somatska dijagnoza      \_\_\_\_\_

Broj djece u obitelji \_\_\_\_\_

Molimo navesti dob braće i sestara

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

U kakvom su odnosu roditelji?

1. U braku su i žive zajedno
2. U braku su, ali ne žive zajedno
3. U izvanbračnoj su zajednici
4. Razvedeni su
5. Jedan roditelj je preminuo
6. Nikad nisu živjeli zajedno
7. Nešto drugo. Upiši što? \_\_\_\_\_

Ukoliko roditelji žive odvojeno molim vas navedite dob djeteta kada su se odvojili.

\_\_\_\_\_

- Da li Vaše dijete ima neku tjelesnu bolest koja zahtjeva liječenje (npr. astma, alergije, dijabetes, epilepsija, anemija, povreda glave, potres mozga)  
NE      DA,  
ako da koja \_\_\_\_\_
- Da li je Vaše dijete imalo neku tjelesnu bolest koja je zahtjevala liječenje  
NE      DA, ako da koja \_\_\_\_\_
- Da li Vaše dijete uzima neke lijekove      Da      Ne  
Naziv i doza  
lijeka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Da li je Vaše dijete uzimalo neke lijekove      Da      Ne  
Ako da, naziv, doza, razdoblje uzimanja lijeka  
lijeka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Da li je Vaše dijete alergično na lijekove      Da      Ne  
Naziv lijeka \_\_\_\_\_ Vrsta reakcije \_\_\_\_\_  
Naziv lijeka \_\_\_\_\_ Vrsta reakcije \_\_\_\_\_
- Cijepljenje (zaokružiti)      redovito      neredovito      nepoznato
- Komplikacije u trudnoći i porodu      NE      DA,  
ako da koje \_\_\_\_\_
- Lijekovi tijekom trudnoće      NE      DA, ako da  
koji \_\_\_\_\_
- Alkohol tijekom trudnoće      NE      DA
- Da li je psihomotorni razvoj (hodanje, govor) Vašeg djeteta bio uredan  
DA      NE  
Ako ne, koja su bila  
odstupanja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Da li je Vaše dijete do sada bilo na psihijatrijskom pregledu ili liječenju  
DA NE

Ako da, molimo navesti sljedeće

Dob    Dijagnoza/simptomi    Gdje je liječeno    Lijekovi    Trajanje

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

- Da li je u Vašoj obitelji netko liječen zbog nekog psihijatrijskog poremećaja ili bolesti? (navesti ukoliko znate tko i zbog čega) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Škola

- Sadašnji razred (ili zadnji završeni razred) \_\_\_\_\_
- Školski uspjeh \_\_\_\_\_
- Ponavljanje razreda \_\_\_\_\_
- Primjedbe nastavnika o ponašanju \_\_\_\_\_
- Opomene/ukori

- Centar za socijalnu skrb – nadzor obitelji/ djeteta-adolescenta (zaokružiti)  
Ne            Da, od kada i zašto

\_\_\_\_\_