

Živa Žerjav¹, Maja Drobnič Radobuljac²

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena in samomorilno vedenje na oddelku splošne mladostniške psihiatrije

Non-suicidal Self-injurious Behavior and Suicidal Behavior in a General Adolescent Psychiatric Unit

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena, samomorilno vedenje, poskus samomora, mladostniki, hospitalizirani mladostniki

IZHODIŠČA. Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena in samomorilno vedenje sta veliki javnozdravstveni težavi med mladostniki, še posebej pri tistih, ki so v psihiatrični obravnavi. Z raziskavo smo želeli ugotoviti pojavnost samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena in samomorilnega vedenja pri mladostnikih, sprejetih v bolnišnično oskrbo, ter ugotoviti, kakšne so značilnosti bolnišnično zdravljenih mladostnikov s tema oblikama vedenja. **METODE.** V raziskavo je bilo vključenih 87 mladostnikov, ki so bili sprejeti v Enoto za adolescentno psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani v obdobju od decembra 2015 do decembra 2016. Vsi sodelujoči so ob sprejemu izpolnili Vprašalnik prednosti in težav, lečeči zdravniki pa so podali oceno CGAS (Children's Global Assessment Scale). Podatki o aktualnem in preteklem samopoškodovalnem vedenju brez samomorilnega namena, prisotnosti samomorilnih misli ter preteklih poskusih samomora so bili pridobljeni iz sprejemne dokumentacije s pomočjo retrogradnega pregleda bolnišničnih popisov. Za statistično analizo smo preiskovance razdelili v dve skupini (skupino, ki se je kadarkoli samopoškodovala brez namena umreti, in tiste, ki tega niso nikoli storili). **REZULTATI.** Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena vsaj enkrat v življenju je bilo prisotno pri 43,7 % sprejetih mladostnikov, ob sprejemu prisotno samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena pa pri 25,3 %. Samomorilne misli je navajalo 58,6 %, anamnezo poskusa samomora pa 20,7 % posameznikov. Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena je bilo pogostejše pri mlajših in dekletih. Pri posameznikih z anamnezo samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena so bile pogostejše samomorilne misli in pretekli poskusi samomora. Poleg tega so v povprečju dosegali višje vrednosti na lestvicah čustvenih težav in celokupnega stresa ter izražali manj prosocialnega vedenja. Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena je bilo redkejše pri bolnikih s psihotičnimi motnjami in nevrotskimi, stresnimi ter somatoformnimi motnjami, pogostejše pa pri bolnikih z motnjami

¹ Živa Žerjav, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana; zerjav.ziva@gmail.com

² Doc. dr. Maja Drobnič Radobuljac, dr. med., Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva ulica 44a, 1000 Ljubljana; Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Studenec 48, 1260 Ljubljana

osebnosti in motnjami vedenja. Bolniki z aktualnim samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena so pogosteje navajali samomorilne misli kot tisti, ki so s samopoškodovanjem prenehali že pred sprejemom. ZAKLJUČKI. Zaradi visoke prevalence samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena pri mladostnikih, ki so v psihiatrični obravnavi, in povezanosti tega vedenja s samomorilnim vedenjem bi zgodnejše prepoznavanje omenjenega vedenja in boljše sledenje bolnikov igralo pomembno vlogo pri preprečevanju samomora pri tej populaciji.

ABSTRACT

KEY WORDS: non-suicidal self-injury, suicidal behavior, suicide attempt, adolescents, inpatients

BACKGROUND. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior are major public health concerns among adolescents, especially among those who are in psychiatric treatment. The aim of our study was to determine the occurrence of non-suicidal self-injury and suicidal behavior within the adolescent psychiatric inpatient population and assess the characteristics of the patients with such behaviors. **METHODS.** The study included 87 adolescents who were admitted to the Adolescent Psychiatric Unit of the University Psychiatric Hospital in Ljubljana in the period December 2015–December 2016. The Strengths and Difficulties Questionnaire was administered to all of the participants, in addition to that, they were assigned CGAS (Children's Global Assessment Scale) scores by their doctors. Data on present and past non-suicidal self-injury, suicidal thoughts and attempted suicide were acquired through a retrograde analysis of hospital charts. For statistical analysis, we divided the subjects into two groups, one with a history of past or present non-suicidal self-injury and the other without it. **RESULTS.** A total of 43.7% adolescents reported having engaged in non-suicidal self-injury at least once in their lifetime and 25.3% reported present non-suicidal self-injury. Furthermore, a total of 58.6% of the participants reported suicidal thoughts and 20.7% had a history of past suicide attempts. Adolescent females and on average younger patients were more likely to engage in non-suicidal self-injury. Furthermore, those who engaged in non-suicidal self-injury scored higher on emotional problems and overall stress scales and reported less pro-social behavior. It was less common for non-suicidal self-injury to occur in patients with psychotic disorders as well as neurotic, stress-related or somatoform disorders, and more common in patients with disorders of personality and behavior. Patients that reported present and ongoing non-suicidal self-injury were more likely to report suicidal thoughts and had higher rates of previous attempted suicide. **CONCLUSIONS.** Due to the high prevalence of non-suicidal self-injury in psychiatrically treated adolescents and its association with suicidal behavior, early recognition and better tracking of patients that engage in non-suicidal self-injury could play an important role in suicide prevention in this population.

IZHODIŠČA

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (angl. *non-suicidal self-injury*, NSSI) je namerna poškodba lastnega tkiva brez samomorilnega namena, najpogosteje v obliki rezanja ali udarjanja samega sebe (1, 2). Samomorilno vedenje je spekter vedenjskih vzorcev, ki se stopnjuje preko samomorilnih idej, načrtov, poskusov samomora do samomora (3). NSSI in samomorilno vedenje predstavljata med mladostniki velik javnozdravstveni problem, saj je samomor v starostni skupini 15–19 let med prvimi tremi vzroki umrljivosti (4, 5). O občasnem NSSI je v Sloveniji poročalo kar 24 % srednješolk in 11,6 % srednješolcev, o samomoru je razmišljalo 44 %, poskušalo pa že kar 10 % slovenskih dijakinj in dijakov (6, 7). V letu 2016 je v Sloveniji količnik samomora v starostni skupini 10–19 let znašal 5,91 (8). V razvitem svetu se vsaj enkrat v življenju samopoškoduje brez namena umreti 17 % mladostnikov, med mladostniki, ki so v psihiatrični obravnavi, pa so prevalence še višje, saj se brez namena umreti samopoškoduje 22 % ambulantno zdravljenih in 35–60 % bolnišnično zdravljenih mladostnikov (9–12). NSSI predstavlja dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, saj kar 70 % mladostnikov, ki se na tak način samopoškoduje, kdaj v življenju tudi skuša storiti samomor (13, 14).

Pri osebah, ki imajo diagnosticirano eno izmed motenj razpoloženja, osebnostno motnjo, anksiozno motnjo ali motnjo zaradi uživanja psihoaktivnih snovi je NSSI najpogosteje prisotno (15). Kar dve tretjini mladostnic, ki so bolnišnično zdravljene in se samopoškodujejo, izpolnjujeta kriterije za osebnostno motnjo, vendar so to diagnozo zaradi dosedanjih priporočil redko postavljali pred 18. letom (4, 14).

Kar 98 % oseb, ki so umrle za posledicami samomora, in 90 % oseb, ki izražajo samomorilno vedenje, ima diagnosticirano vsaj eno izmed duševnih motenj, najpogosteje gre za motnjo razpoloženja, oseb-

nostno motnjo, motnjo zaradi uživanja psihoaktivnih snovi ali shizofrenijo (16, 17).

Prevalenca NSSI je najvišja v mladostništvu, s preходом v odraslo dobo pa se pojavnost NSSI zelo zmanjša, saj pri večini posameznikov popolnoma izzveni (18). Kljub temu se NSSI lahko nadaljuje v odraslost, najpogosteje pri tistih, ki imajo anamnezo samomorilnega vedenja ali pridruženo duševno motnjo, še posebej če so v puberteti trpeli za depresijo ali anksioznostjo (18, 19). Poskusi samomora kasneje v življenju so pogostejši pri tistih, ki z NSSI nadaljujejo še v odrasli dobi (19).

Namen raziskave je bil ugotoviti pojavnost NSSI in samomorilnega vedenja pri bolnikih, sprejetih v bolnišnično oskrbo na oddelku za splošno mladostniško psihiatrijo v Sloveniji, in ugotoviti, kakšne so značilnosti posameznikov, pri katerih je prisotno takšno vedenje. Želeli smo tudi ugotoviti, kakšne so razlike v pojavljanju teh vedenj pri bolnikih, ki se zdravijo zaradi različnih duševnih motenj.

METODE

Na Enoto za adolescentno psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani je bilo v obdobju od decembra 2015 do decembra 2016 sprejetih 100 različnih bolnikov, 13 od teh ni želelo izpolniti vprašalnika, ki smo ga uporabljali pri raziskavi. Vzorec je tako zajel 87 posameznikov, ki so bili sprejeti na oddelek v enem letu. Raziskava je bila del raziskave, odobrene s strani etične komisije Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani dne 16. 5. 2017.

Demografske podatke, anamnestične podatke, podatke o trajanju bolnišničnega zdravljenja v dnevih, podatke o trenutnem ali preteklem NSSI, podatke o prisotnosti samomorilnih misli in anamnezi poskusov samomora smo pridobili s pomočjo retrospektivnega pregleda bolnišničnih popisov. Kot NSSI je bila opredeljena kakršnakoli oblika vedenja, ki jo je posameznik izvajal z namenom, da se poškoduje, obenem pa ni

želel, da bi bila posledica tega vedenja smrt (npr. rezanje kože, zabadanje, žganje po koži, praskanje do krvi, udarjanje ob steno, zadrževanje okrog vratu in podobno). Kot samomorilno vedenje so bile opredeljene samomorilne misli, načrti in poskusi samomora. Nadalje je bil poskus samomora opredeljen kot kakršnokoli vedenje, pri katerem je posameznik odgovoril, da si je skušal škodovati z namenom umreti.

Pri raziskavi smo uporabili Vprašalnik prednosti in težav (angl. *strengths and difficulties questionnaire*, SDQ) za starostno skupino 11–17 let v slovenskem jeziku, ki ga mladostniki izpolnjujejo kot del sprejemne dokumentacije ob prihodu na oddelek. Vprašalnik je sestavljen iz 25 vprašanj, ki ocenjujejo močna in šibka področja mladostnikovega delovanja. Zajema po pet vprašanj s področij čustvenih težav, motenj vedenja, hiperaktivnosti in motenj koncentracije ter s področja razumevanja z vrstniki. Pet vprašanj je namenjenih ocenjevanju pete kategorije – prosocialnega vedenja. Možni odgovori na posamezna vprašanja so: ne drži, delno drži in gotovo drži, ki se ocenjujejo z od nič do dveh točk. V vsaki kategoriji je mogoče doseči od nič do deset točk. Z izjemo prosocialnega vedenja nakazuje več zbranih točk v posamezni kategoriji na več težav (20). Seštevek točk prvih štirih kategorij je združen v lestvici celokupnih težav ter lahko zavzame vrednosti 0–40.

Oceno CGAS (Children's Global Assessment Scale), ki ocenjuje raven otrokovega oz. mladostnikovega splošnega delovanja s številčnimi vrednostmi 1–100, pri čemer višja vrednost pomeni boljše delovanje, so ob sprejemu ter odpustu podali lečeči zdravniki (21).

Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program IBM SPSS Statistics 22 (IBM Corporation, Armonk, New York, ZDA). Za opis demografskih podatkov smo uporabili opisno statistiko (povprečna vrednost, standardni odklon in frekvenca). Za nadalj-

njo analizo smo osebe razdelili v dve skupini, in sicer skupino, ki se je kadarkoli v življenju samopoškodovala brez namena umreti (NSSI), in skupino z odsotno NSSI (NE-NSSI). Za primerjavo skupin smo uporabili t-test za neodvisne spremenljivke ter test χ^2 . Znotraj skupine NSSI smo posebej primerjali tudi bolnike z aktualnim NSSI ob sprejemu in tiste, ki so imeli NSSI samo v anamnezi, trenutno pa to vedenje pri njih ni bilo več prisotno.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 100 bolnikov, ki so bili sprejeti na oddelek mladostniške psihiatrije v roku enega leta. Ker je bilo 13 posameznikov izločenih, je bilo v statistično analizo vključenih 87 posameznikov, 58 deklet (66,7 %) in 29 fantov (33,3 %). Njihova povprečna starost je bila 16,9 let (14–20 let).

Samomorilne misli so bile prisotne pri 51 bolnikih (58,6 %), enega ali več poskusov samomora je imelo v anamnezi 18 bolnikov (20,7 %). Vsaj enkrat v življenju se je samopoškodovalo brez samomorilnega namena 38 (43,7 %) od vključenih 87 bolnišnično zdravljenih mladostnikov in sicer 33 (56,9 %) deklet in 5 (17,2 %) fantov. Ob sprejemu je bilo NSSI trenutno prisotno pri 22 bolnikih (25,3 %). Med bolniki, ki so imeli v anamnezi NSSI, je 28 (73,7 %) navedlo tudi trenutno prisotnost samomorilnih misli, 13 (34,2 %) pa je že kdaj poskusilo storiti samomor.

Najpogostejša odpustna diagnoza v skupini z NSSI je bila iz skupine vedenjskih in čustvenih motenj, ki se navadno začnejo v otroštvu ali adolescenci (36,8 %), v 26,3 % iz skupine osebnostnih motenj in v 18,4 % iz skupine motenj razpoloženja. Rezultati primerjave med skupino z NSSI in skupino NE-NSSI so prikazani v tabeli 1. Bolniki iz skupine NSSI so bili v povprečju mlajši ($p = 0,045$), pogostejše je šlo za dekleta ($p < 0,001$), ki pogostejše navajajo prisotnost aktualnih samomorilnih misli ($p = 0,012$) in pretekle poskuse samomora ($p = 0,006$),

Tabela 1. Rezultati t-testa za neodvisne spremenljivke pri skupinah s prisotnim samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena in odsotnim samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena. Statistično pomembne p-vrednosti so v odebeljenem tisku. CGAS – Children's Global Assessment Scale, SDQ – vprašalnik prednosti in težav (angl. *strengths and difficulties questionnaire*), NSSI – samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (angl. *non-suicidal self-injury*), NE-NSSI – odsotno samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena.

	NE-NSSI (n = 49)	NSSI (n = 38)	Skupaj (n = 87)		
	Povprečna vrednost (standardni odklon)	Povprečna vrednost (standardni odklon)	Povprečna vrednost (standardni odklon)	F-vrednost	Prostostne stopnje
Starost	17,20 (1,92)	16,52 (1,15)	16,90 (1,66)	8,603	80,453
Trajanje hospitalizacije	39,98 (46,70)	36,52 (31,40)	36,15 (10,88)	1,538	85
CGAS ob sprejemu	35,26 (11,68)	37,21 (9,80)	51,57 (15,14)	0,083	85
CGAS ob odpustu	50,77 (16,13)	52,60 (13,90)	38,47 (40,55)	0,498	85
Sprejemni SDQ skupen stres	15,38 (6,28)	18,13 (4,99)	16,58 (5,88)	3,138	84,933
Sprejemni SDQ čustvene težave	5,20 (2,62)	6,39 (2,36)	5,72 (2,57)	1,162	85
Sprejemni SDQ vedenjske težave	1,71 (1,42)	2,18 (1,31)	1,92 (1,39)	0,049	85
Sprejemni SDQ hiperaktivnost in motnje pozornosti	4,89 (2,48)	5,50 (1,79)	5,16 (2,21)	3,275	84,634
Sprejemni SDQ razumevanje z vrstniki	3,51 (2,30)	4,05 (1,94)	3,74 (2,15)	1,557	85
Sprejemni SDQ prosocialno vedenje	8,02 (1,43)	7,05 (1,98)	7,59 (1,75)	4,249	64,872
					0,014

Tabela 2. Prisotnost samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena in odsotnost samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena v skupinah diagnoz. Statistično pomembne p-vrednosti so v odebeljenem tisku. NSSI – samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (angl. *non-suicidal self-injury*), NE-NSSI – odsotnost samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena, MKB – mednarodna klasifikacija bolezni.

Skupina diagnoz	NSSI (število bolnikov/ delež [%])	NE-NSSI (število bolnikov/ delež [%])	χ^2
Psihotične motnje (MKB F20–F29)	0/0	11/100	0,002
Razpoloženske (afektivne) motnje (MKB F30–F39)	7/41,1	10/58,9	0,817
Nevrotske, stresne in somatoformne motnje (MKB F40–F48)	3/20	12/80	0,042
Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (MKB F50–F59)	3/100	0/0	0,080
Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (MKB F60–F69)	10/66,7	5/33,3	0,048
Motnje duševnega (psihološkega) razvoja (MKB F80–F89)	1/100	0/0	0,437
Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu ali adolescenci (MKB F90–F98)	14/56	11/44	0,320

dosegajo statistično značilno višje vrednosti vprašalnika SDQ pri lestvicah čustvenih težav ($p = 0,031$) in skupnega stresa ($p = 0,026$) ter nižje vrednosti na lestvici prosocialnega vedenja ($p = 0,014$). Bolniki v skupini NSSI dosegaajo višje vrednosti tudi pri ostalih kategorijah vprašalnika SDQ, vendar te razlike niso statistično značilne.

Statistično značilno je manj NSSI v skupini bolnikov, ki imajo ob odpustu diagnoze iz skupine psihotičnih motenj ($p = 0,002$) ali nevrotske, stresne in somatoformne motnje ($p = 0,042$), statistično značilno več NSSI pa je pri tistih, ki imajo odpustno diagnozo iz skupine motenj osebnosti in vedenja ($p = 0,048$). Rezultati primerjave prisotnosti NSSI in odsotnosti NSSI pri posameznih skupinah diagnoz se nahajajo v tabeli 2.

Med skupinama z aktualnim in izključno preteklim NSSI je bila edina statistično značilna razlika v pogostosti preteklih poskusov samomora ($p = 0,016$), rezultati pri-

merjave med skupinama so navedeni v tabeli 3.

ZAKLJUČKI

Z raziskavo smo želeli ugotoviti v kolikšni meri sta pri moški in ženski populaciji mladostnikov, sprejetih v oskrbo na oddelku za splošno mladostniško psihiatrijo, prisotna NSSI ter samomorilno vedenje, in kakšne so razlike v pojavljanju teh vedenj pri bolnikih, ki se zdravijo zaradi različnih skupin motenj. Poleg tega smo želeli ugotoviti razlike med značilnostmi bolnikov brez in z NSSI. Preverili smo tudi, ali obstajajo razlike med bolniki, pri katerih je NSSI trenutno prisotno, in tistimi, pri katerih je bilo NSSI prisotno le v preteklosti.

V pregledanem vzorcu mladostnikov, sprejetih na psihiatrični oddelku, je bilo NSSI kadarkoli prisotno pri 43 %, kar je manj kot v primerljivih raziskavah, v katerih so ugotavljali NSSI pri kar okrog 60 %

Tabela 3. Rezultati t-testa za neodvisne spremenljivke pri skupinah s trenutno prisotnim samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena. CGAS – Children's Global Assessment Scale, SDQ – vprašalnik prednosti in težav (angl. *strengths and difficulties questionnaire*), NSSI – samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (angl. *non-suicidal self-injury*).

	Preteklo NSSI (n = 16)		Aktualno NSSI (n = 22)		Skupaj (n = 38)		
	Povprečna vrednost (standardni odklon)	Povprečna vrednost (standardni odklon)	Povprečna vrednost (standardni odklon)	Povprečna vrednost (standardni odklon)	F-vrednost	Prostostne stopnje	p-vrednost
Starost	16,56 (1,21)	16,50 (1,14)	16,52 (1,15)	16,52 (1,15)	0,003	36	0,872
Trajanje hospitalizacije	24,68 (22,21)	45,13 (34,64)	36,52 (31,40)	36,52 (31,40)	7,344	36	0,046
CGAS ob sprejemu	39,87 (8,08)	35,27 (10,64)	37,21 (9,80)	37,21 (9,80)	0,408	36	0,156
CGAS ob odpustu	51,00 (12,67)	53,77 (14,91)	52,60 (13,90)	52,60 (13,90)	0,282	36	0,551
Sprejemni SDQ skupen stres	18,12 (6,04)	18,13 (4,23)	18,13 (4,99)	18,13 (4,99)	2,577	36	0,995
Sprejemni SDQ čustvene težave	6,18 (2,51)	6,54 (2,30)	6,39 (2,36)	6,39 (2,36)	0,584	36	0,651
Sprejemni SDQ vedenjske težave	2,06 (1,18)	2,27 (1,42)	2,18 (1,31)	2,18 (1,31)	0,235	36	0,632
Sprejemni SDQ hiperaktivnost in motnje pozornosti	5,87 (1,78)	5,22 (1,79)	5,50 (1,79)	5,50 (1,79)	0,167	36	0,279
Sprejemni SDQ razumevanje z vrstniki	4,00 (1,89)	4,09 (2,02)	4,05 (1,94)	4,05 (1,94)	0,417	36	0,889
Sprejemni SDQ prosocialno vedenje	6,43 (1,88)	7,50 (1,97)	7,05 (1,98)	7,05 (1,98)	0,028	36	0,104

bolnikov (12, 22). Razlike lahko pripišemo drugačnim vključitvenim kriterijem, saj avtorji niso vključili bolnikov s psihotičnimi motnjami, pri katerih je NSSI izjemno redko in tudi sami navajajo, da je njihova raziskovana populacija namenoma sestavljena iz večjega deleža bolnikov z raziskovano patologijo (22). Prav tako kot druge raziskave tudi naša ugotavlja, da je NSSI pogostejše pri mlajših in pri mladostnicah (2, 4, 23–25).

V primerjavi s splošno populacijo mladostnikov, v kateri je samomor že kdaj poskušalo slabih 11 % mladostnikov, samomorilne misli pa je že imelo 38 % mladostnikov, je v predstavljenem vzorcu samomor poskušalo 21 %, samomorilne misli pa že imelo 60 % bolnišnično zdravljenih mladostnikov (6, 7). Razumljivo je, da je v vzorcih bolnišnično zdravljenih mladostnikov delež tistih s samomorilnim vedenjem večji kot v splošni populaciji. Prav tako je razumljivo, da raziskave, ki zajemajo bolnike z oddelkov, subspecializiranih za zdravljenje motenj razpoloženja in motenj vedenja, opisujejo še večje prevalence teh vedenj (24–38 % poskuša samomor, samomorilne misli ima tudi do 67 % mladostnikov) kot naša raziskava, pri kateri je v vzorec vključena celotna populacija bolnišnično zdravljenih mladostnikov, torej tudi bolniki, ki se zdravijo zaradi motenj, pri katerih se samomorilno vedenje praviloma redko pojavlja (23, 24).

V predstavljenem vzorcu imajo bolniki, pri katerih je prisotno NSSI, tudi pogostejše samomorilne misli in so pogostejše že poskusili storiti samomor, kar je v skladu z izsledki podobnih raziskav (1, 14, 23, 25, 26).

V predstavljenem vzorcu so imeli mladostniki iz skupine z NSSI več čustvenih težav, doživljali so več celokupnega stresa in izkazovali manj prosocialnega vedenja. Tudi druge raziskave pri bolnišnično zdravljenih mladostnikih z NSSI ugotavljajo, da so bolj impulzivni, se pogostejše vedejo antisocialno in poročajo o večjih čustvenih tiskah (18, 19, 27, 28). Pri ambulantno vo-

denih mladostnikih z NSSI pa ugotavljajo visoke vrednosti celokupnega stresa in težav na področjih čustvovanja ter vedenja (10). Naše ugotovitve se delno skladajo z navedenimi ugotovitvami, saj pri preiskovanih mladostnikih z NSSI z vprašalnikom SDQ nismo ugotovili statistično značilno več težav na področju vedenja, čeprav so dosegali tudi na tem in vseh preostalih področjih bolj zaskrbljujoče rezultate. Razlog za to razliko je lahko, da so simptome vedenja na vprašalniku ocenjevali mladostniki sami, saj oni sami praviloma svoje vedenje ocenjujejo manj kritično kot odrasli opazovalci. Prav tako so naši rezultati pokazali več NSSI v skupini mladostnikov z diagnozo motenj vedenja ali osebnosti, kar podpira zadnje razmišljanje. Prav tako so v raziskavi pri ambulantno vodenih mladostnikih z NSSI dokazali značilno nižje vrednosti CGAS od drugih ambulantno vodenih mladostnikov, ki pa jih pri našem vzorcu nismo dokazali (10). Razlog za to je lahko v visoki prizadetosti mladostnikov, ki so bili bolnišnično zdravljeni zaradi drugih razlogov, ne samopoškodovanja. V ambulantni obravnavi so praviloma bolniki manj prizadeti.

Raziskave kažejo, da se pri bolnišnično zdravljenih mladostnikih NSSI pogostejše pojavlja pri tistih z diagnosticirano motnjo osebnosti, anksiozno motnjo, motnjo razpoloženja ali motnjo hranjenja (22). Na našem vzorcu smo lahko dokazali pogostejše pojavljanje NSSI le pri tistih bolnikih, ki imajo odpustno diagnozo iz skupine motenj osebnosti, prav tako se je nakazovalo več NSSI pri tistih z diagnozo motenj vedenja, vendar razlika ni bila statistično značilna. Nepovezanost z motnjami hranjenja lahko razložimo z dejstvom, da so mladi, ki se zdravijo zaradi motenj hranjenja, zdravljeni na ločenem oddelku in zato niso bili reprezentativno zajeti v vzorcu.

Preiskovani mladostniki, ki so se ob sprejemu aktualno samopoškodovali, so v preteklosti pogostejše poskušali samomor kot tisti, ki so se samopoškodovali samo

v preteklosti, aktualno pa ne. Mladi, ki se samopoškodujejo, imajo pogosto pridružene duševne motnje, ki brez zdravljenja ne izzvenijo. Tako obstaja velika verjetnost, da se bo pri njih vzorec samopoškodovanja brez zdravljenja nadaljeval tudi v odraslost (18). Raziskava, izvedena na odraslih, ki so bili zdravljeni na splošnem oddelku za psihiatrijo, je pokazala, da so bolniki z anamnezo NSSI pogostejše navedli tudi pretekle poskuse samomora, kar 70 % mladostnikov, ki se samopoškodujejo, pa vsaj enkrat v življenju tudi poskuša samomor (14, 26).

Retrospektivna analiza bolnišničnih popisov predstavlja slabost raziskave, saj pridobivanje podatkov o NSSI in samomorilnem vedenju ni bilo standardizirano z uporabo ocenjevalnih inštrumentov. Hkrati pa kaže, da klinični pregled z anamnezo in heteroanamnezo, katerega nujen del je tudi ocena pogostosti, funkcije in tveganosti samomorilnosti in samopoškodovanja, v zadostni meri oceni prisotnost raziskovanih vedenj, saj so bili podatki o njih dostopni za vse bolnišnično zdravljene bolnike. Prav tako so bile prevalence teh vedenj primerljive s podobnimi v drugih raziskavah (10–12). Za natančnejšo raziskovalno oceno značilnosti obeh vedenj bi bili potrebni podrobnejši inštrumenti (29, 30).

V raziskavi smo uporabili SDQ za starostno skupino 11–17 let, čeprav je starost bolnišnično zdravljenih mladostnikov 14–20 let (povprečna starost 16,9 let), raziskave namreč kažejo dovolj dobro veljavnost in zanesljivost vprašalnika pri mladostnikih do starosti vključno 19 let, na opisanem bolnišničnem oddelku pa je bolnišnično zdravljenje starejših od 19 let izjemno redke (31–33).

Prikazana raziskava je pokazala, da je med bolnišnično zdravljenimi slovenskimi mladostniki in mladostnicami NSSI dokaj pogosto. Kadar je pri mladih bolnikih to vedenje prisotno, lahko pričakujemo, da bomo ugotovili več drugih duševnih motenj, tudi motnje osebnosti, pogostejše pojavljanje pridruženih samomorilnih vedenj ter večje doživljanje stresa. V luči zavedanja, da je samomor v tej populaciji eden glavnih vzrokov umrljivosti in da je v Sloveniji še vedno pogostejši kot v večini drugih evropskih držav, je posebna pozornost tej skupini mladostnikov eden pomembnejših členov preventive samomora. Zaradi medsebojne povezave med NSSI in samomorilnim vedenjem ter zaradi povezave med NSSI in duševnimi motnjami je zgodnje prepoznavanje in ustrezno zdravljenje duševnih motenj ter boljše sledenje bolnikom, ki se samopoškodujejo, lahko ključ do preventive samomora pri teh posameznikih.

LITERATURA

1. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, et al. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007; 37 (8): 1183–92.
2. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007; 11 (2): 129–47.
3. Škodlar B. Samomorilnost. In: Pregelj P, ed. Psihijatrija. 1st ed. Ljubljana: Psihijatrična klinika; 2013. p. 330–40.
4. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379 (9834): 2373–82.
5. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, et al. Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009; 374 (9693): 881–92.
6. Radobuljac MD, Bratina NU, Battelino T, et al. Lifetime prevalence of suicidal and self-injurious behaviors in a representative cohort of slovenian adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2009; 10 (7): 424–31.
7. Tomori M, Kienhorst CW, de Wilde EJ, et al. Suicidal behaviour and family factors among dutch and slovenian high school students: A comparison. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104 (3): 198–203.
8. Svetovni dan preprečevanja samomora: »Vzemi si trenutek, reši življenje« [internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; c2014 [citirano 2018 20 Jun]. Dosegljivo na: <http://www.nijz.si/sl/10-september-2017-svetovni-dan-preprecevanja-samomora-vzemi-si-trenutek-resi-zivljenje>
9. Swannell SV, Martin GE, Page A, et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44 (3): 273–303.
10. Garcia-Nieto R, Carballo JJ, Díaz de Neira Hernando M, et al. Clinical correlates of non-suicidal self-injury (nssi) in an outpatient sample of adolescents. *Arch Suicide Res*. 2015; 19 (2): 218–30.
11. Liu RT, Frazier EA, Cataldo AM, et al. Negative life events and non-suicidal self-injury in an adolescent inpatient sample. *Arch Suicide Res*. 2014; 18 (3): 251–8.
12. Kaess M, Parzer P, Mattern M, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res*. 2013; 206 (2–3): 265–72.
13. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19 (3): 20.
14. Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006; 144 (1): 65–72.
15. Nitkowski D, Petermann F. Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2011; 79 (1): 9–20.
16. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*. 2004; 25 (4): 147–55.
17. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med*. 2003; 33 (3): 395–405.
18. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *Lancet*. 2012; 379 (9812): 236–43.
19. Kiekens G, Hasking P, Bruffaerts R, et al. What predicts ongoing nonsuicidal self-injury?: A comparison between persistent and ceased self-injury in emerging adults. *J Nerv Ment Dis*. 2017; 205 (10): 762–70.
20. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997; 38 (5): 581–6.
21. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. A children's global assessment scale (cgas). *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40 (11): 1228–31.
22. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42 (4): 496–507.
23. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to dsm-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2015; 228 (3): 454–61.
24. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, et al. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37 (2): 363–75.
25. Wolff J, Frazier EA, Esposito-Smythers C, et al. Cognitive and social factors associated with nssi and suicide attempts in psychiatrically hospitalized adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41 (6): 1005–13.
26. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010; 178 (1): 101–5.
27. Ludtke J, Weizenegger B, Rauber R, et al. The influence of personality traits and emotional and behavioral problems on repetitive nonsuicidal self-injury in a school sample. *Compr Psychiatry*. 2017; 74: 214–23.

28. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27 (2): 226–39.
29. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72 (5): 885–90.
30. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (isas). *J Psychopathol Behav Assess.* 2009; 31 (3): 215–9.
31. Ortuno-Sierra J, Chocarro E, Fonseca-Pedrero E, et al. The assessment of emotional and behavioural problems: Internal structure of the strengths and difficulties questionnaire. *Int J Clin Health Psychol.* 2015; 15 (3): 265–73.
32. Van Roy B, Veenstra M, Clench-Aas J. Construct validity of the five-factor strengths and difficulties questionnaire (sdq) in pre-, early, and late adolescence. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008; 49 (12): 1304–12.
33. Boe T, Hysing M, Skogen JC, et al. The strengths and difficulties questionnaire (sdq): Factor structure and gender equivalence in norwegian adolescents. *PLoS One.* 2016; 11 (5): e0152202.

Avtorici izjavljata, da v zvezi s predstavljeno raziskavo ni prišlo do navzkrižja interesov. Raziskava je bila deloma financirana iz sredstev ARRS programa P3-0343.

Prispelo 28. 9. 2018